

# المرأة

واضطراباتها النفسية والعقلية

اعداد  
الاستاذ الدكتور  
محمد حسن غانم



---

# المرأة

واضطراباتها النفسية والعقلية

---



# المرأة

## واضطراباتها النفسية والعقلية

إعداد

الأستاذ الدكتور

د. محمد حسن غانم

القاهرة

٢٠١١

## بطاقة فهرسة

### فهرسة أثناء النشر

إعداد/ الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

<p>غانم ، محمد حسن .          المرأة واضطرابات النفسية والعقلية.          تأليف / محمد حسن غانم . - القاهرة: إيتراك، ٢٠١٠.          ص ٤ سم          تدمك : ٤ ١٨٨ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨          ١- المرأة - علم النفس .          أ- العنوان</p> <p>١٥٥,٦٣٣</p>	<p>اسم الكتاب: المرأة واضطرابات النفسية والعقلية.          اسم المؤلف: محمد حسن غانم .          رقم الطبعة: الأولى          السنة: ٢٠١٠          رقم الإيداع: ٢٠٠٩/١٩٧٢٣          الترقيم الدولي: ٩٧٨ - ٩٧٧ - ٣٨٣ - ١٨٨ - ٤          اسم الناشر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع          العنوان: ١٢ ش حسين كامل سليم - ألماتة - مصر الجديدة          المحافظة: القاهرة          التليفون: ٢٤١٧٢٧٤٩          اسم المطبعة: الدار الهندسية          العنوان: زهراء المعادي - المنطقة الصناعية</p>
--	---

## الإهداء

إلى كل امرأة تعاني

وتتحمل في صمت معاناتها

وتسعى بكل إخلاص إلى زرع الأمل في أبنائها

وتجد سعادتها حين تذلل المعوقات

وتصل بأبنائها وأسرتها إلى بر السعادة والأمان





## الفهرس المختصر

٢١ .....	الفصل الأول: المرأة واضطرابات القلق
٨٥ .....	الفصل الثاني: المرأة والاضطرابات جسدية الشكل
١٠٧ .....	الفصل الثالث: المرأة والاضطرابات الإنفصالية
١٢١ .....	الفصل الرابع: المرأة واضطراب الفصام
١٤٣ .....	الفصل الخامس: المرأة واضطرابات الوجدان اضطرابات الوجدان أو المزاج
١٧٣ .....	الفصل السادس: المرأة واضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق
٢٠٣ .....	الفصل السابع: المرأة والاضطرابات الشخصية
٢٤١ .....	الفصل الثامن: المرأة واضطرابات النوم
٢٧١ .....	الفصل التاسع: المرأة واضطرابات الأكل



## الفهرس التفصلي

الإهداء..... ٥

مقدمة..... ٧

الفصل الأول: للمرأة واضطرابات القلق..... ٢١

مدخل إلى الدراسة..... ٢١

١- المرأة واضطرابات القلق..... ٢٤

تعريف القلق..... ٢٥

وبائيات إنتشار القلق..... ٢٦

المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام..... ٢٦

القلق وما يرتبط به من مفاهيم..... ٢٨

أسباب القلق..... ٣١

٢- المرأة واضطراب الرهاب..... ٣٤

٣- المرأة واضطراب الهلع..... ٤٥

٤- المرأة واضطراب الوسواس القهري..... ٤٩

٥- المرأة واضطراب الضغوط التالية على الصدمة..... ٦٤

٦- للمرأة واضطرابات الهيمستيريا..... ٧٤

الفصل الثاني: المرأة والاضطرابات جسدية الشكل..... ٨٥

أنواع الاضطرابات الجسدية الشكل..... ٨٥

١- اضطراب التبدن..... ٨٥

٢ - الاضطراب الجسدي الشكل للامتياز..... ٨٨

٣ - اضطراب التحول..... ٨٩

٤- اضطراب الأغم..... ٩١

٥ - توهم المرض..... ٩٣

٦ - اضطراب توهم تشوه الجسم..... ٩٤

٧- الاضطرابات المصطنعة..... ٩٥

٨ - التمارض..... ٩٦

أسباب الاضطرابات جسدية الشكل..... ٩٧

١٠٧	الفصل الثالث: المرأة والاضطرابات الانفصالية.....
١٠٧	تعريف الاضطرابات الانفصالية.....
١٠٨	١- اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي.....
١١٠	٢- اضطراب التجوال الانفصالي.....
١١١	٣- اضطراب انفصال الهوية أو (إزدواج الشخصية).....
١١٣	٤- اضطراب إختلال الآتية.....
١١٥	٥- اضطراب انفصالي لم يبق تخصيصه.....
١٢١	الفصل الرابع: المرأة واضطراب الفصام.....
١٢٢	مدى إنتشاره.....
١٢٤	تعريف مرض الفصام.....
١٢٤	تاريخ موجز لكيفية التعرف على والتشخيص لمرض الفصام.....
١٢٦	تشخيص مرض الفصام.....
١٢٨	أعراض الفصام.....
١٢٨	١- اضطرابات التفكير.....
١٢٨	٢- اضطراب الإدراك.....
١٢٩	٣- اضطراب الإنفعال.....
١٢٩	٤- اضطراب الإنتباه.....
١٣٠	٥- اضطراب الإرادة.....
١٣٠	٦- اضطرابات السلوك وانحرافه وشذوذه.....
١٣١	أنواع الفصام.....
١٣٤	أسباب مرض الفصام.....
١٤٣	الفصل الخامس: المرأة واضطرابات الوجدان اضطرابات الوجدان أو المزاج.....
١٤٣	مدى إنتشار الاضطرابات الوجدانية.....
١٤٤	حقائق حول الاضطرابات الوجدانية.....
١٤٥	تعريف الاضطرابات الوجدانية.....
١٤٥	أ- تعريف علم النفس للاضطرابات الوجدانية.....
١٤٦	ب- تعريف الطب النفسي.....
١٤٦	تصنيف الاضطرابات الوجدانية.....
١٤٦	أولاً: اضطراب الإكتئاب الحسيم.....
١٥٦	ثانياً: اضطراب عصر المزاج.....
١٥٨	ثالثاً: الهوس.....

١٦٣	رابعاً: اضطرابات إزدواج القطبية
١٦٥	أسباب الاضطرابات الوجدانية
١٦٥	أولاً: الأسباب البيولوجية
١٦٧	ثانياً: الأسباب النفسية - الاجتماعية
١٧٣	الفصل السادس: المرأة واضطرابات التحكم في السلوك الإنفعالي واضطرابات للتوافق
١٧٣	أولاً: اضطرابات للتحكم في السلوك الإنفعالي
١٧٣	لوبياتيات
١٧٥	اضطرابات نوبات العدوانية المفاجئة
١٧٦	ثانياً: هوس المرققة
١٧٧	ثالثاً: هوس إشعال الحرائق
١٧٨	رابعاً: هوس المقامرة المرضية (إيمان القمار)
١٨٠	خامساً: هوس نقف الشعر
١٨٠	سادساً: اضطرابات تحكم في السلوك الإنفعالي لم يسبق تخصيصها
١٨٨	المرأة واضطرابات التوافق
٢٠٣	الفصل السابع: المرأة والاضطرابات الشخصية
٢٠٣	مدى إنتشار اضطرابات الشخصية
٢٠٤	تعريف اضطرابات الشخصية
٢٠٤	أ- تعريف علم النفس
٢٠٤	ب- تعريف الطب النفسي
٢٠٥	تصنيف اضطرابات الشخصية
٢٠٦	أنماط اضطرابات الشخصية
٢٠٦	أولاً: الطائفة الأولى: لشخصيات الشاذة والغريبة
٢١٢	ثانياً: الشخصيات التي تنصف بالتهويل والإنفعالية وعدم الإتصاق
٢٢٢	ثالثاً: شخصيات تنصف بالخوف والقلق
٢٣٥	أسباب الاضطرابات الشخصية
٢٣٥	أولاً: الأسباب الوراثية - البيولوجية
٢٣٥	ثانياً: العوامل النفسية - الاجتماعية
٢٤١	الفصل الثامن: المرأة واضطرابات النوم
٢٤١	مقدمة:
٢٤١	وبائيات اضطراب النوم

٢٤٣	تعريف اضطرابات النوم.....
٢٤٣	تصنيف اضطرابات النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع.....
٢٤٤	أولاً: اضطرابات النوم الأولية.....
٢٤٤	أ- الأرق.....
٢٤٧	ب- فرط النوم.....
٢٤٨	ج- اضطراب مواعيد النوم والنقطة.....
٢٤٩	د- غفوات النوم المفاجئة.....
٢٥٠	هـ- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس.....
٢٥٠	ثانياً: اضطرابات النوم الثانوية أو المخلات بالنوم.....
٢٥١	أ- اضطراب الكوابيس الليلية.....
٢٥٢	ب- اضطراب فرع النوم.....
٢٥٣	ج- المشي أثناء النوم.....
٢٥٤	اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى.....
٢٦٤	أسباب اضطرابات النوم.....

## الفصل التاسع: المرأة واضطرابات الأكل..... ٢٧١

٢٧١	مقدمة:.....
٢٧١	وبائيات اضطراب الطعام.....
٢٧٣	تعريف اضطرابات الأكل.....
٢٧٦	فقدان الشهية العصبي.....
٢٧٨	الشراهة العصبي.....
٢٨٢	العلاقة بين اضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى.....
٢٨٦	أسباب اضطرابات الأكل.....
٢٨٩	علاج اضطرابات الأكل.....

## المراجع..... ٢٩١

٢٩٣	أولاً: المراجع العربية.....
٢٩٩	ثانياً: المراجع الأجنبية.....

## مقدمة

هل المرأة تعاني من اضطرابات نفسية أو عقلية أو إنحرافات سلوكية خاصة بها ؟ وهل توجد خطوط عامة مشتركة بين الإضطرابات التي تصيب كل من الرجل والمرأة ؟

واقع الأمر أن العديد من الدراسات والأبحاث الإكلينيكية والملاحظات العلمية قد أثبتت خصوصية اضطرابات المرأة، وأنه نظراً لأن لها فسيولوجية خاصة ونفسية خاصة تتميز بها؛ فقد تقع فريسة للعديد من الاضطرابات النفسية، بل وبصورة واضحة وجليّة وتكون النتيجة لصالحها.

مثال: رغم أن اضطراب الإكتئاب يصيب كل من الرجال والنساء، إلا أن جميع النتائج - وفي العديد من الحضارات المختلفة - قد أثبتت أن المرأة تحصل على درجه عالية وذات دلالة في الإكتئاب مقارنةً بالرجل. ناهيك عن وجود العديد من الأفكار المسبقة وكذا أساليب التنشئة الاجتماعية الخاصة بالفتاة. إذ يمكن أن يتسامح المجتمع إزاء الكثير من السلوكيات التي تصدر من الأطفال الذكور، بيد أن هذا قد لا يكون في الغالب هو نفس السلوك الموجه إلى الإناث. مما يقود ويتراكم ويؤدي إلى (نفسية) خاصة بالمرأة.

صحيح أن علم النفس الفارق قد أكد وأثبت أنه - باستثناء الفروق الفسيولوجية بين الذكور والإناث - ، فإنه لا توجد فروق، وأن المرأة تمتلك نفس القدرات والميول والسمات والخصائص ودرجة الذكاء (بل وقد تتفوق أحياناً على الذكور في نتائج التحصيل الدراسي)، إلا أن الأمر ليس متعلقاً بهذه القدرات (الفعل)، بل بكيفية التعامل مع قدرات الفتاة أو المرأة، ومحاولة (صبتها) في قالب معين (بناءً على تاريخ من الميراث والتراكمات والأفكار - أحياناً - غير العقلانية تجاه المرأة)، كل هذا وغيره قد قاد إلى العديد عن

مشروعية الحديث عن خصوصية وتقرد المرأة في العديد من الجوانب خاصة جانب الاضطرابات النفسية أو العقلية أو حتى الإنحرافات السلوكية.

ويعد:

الكتاب يتكون من فصولٍ تسع سارت كالآتي:

**الفصل الأول:** مدخل إلى سيكولوجية المرأة واضطرابات القلق، حيث تناولنا خصوصية القلق وأنواعه لدى المرأة.

**وفي الفصل الثاني:** المرأة والاضطرابات جسدية الشكل، حيث تم تناول الاضطرابات جسدية الشكل وكذا الأسباب. **وفي الفصل الثالث:** المرأة والاضطرابات الإنفصالية، إذ تم الحديث عن أنواع الاضطرابات الإنفصالية وخاصة تلك التي تصيب المرأة بدرجة أو بأخرى، وكذا الأسباب. **وفي الفصل الرابع:** المرأة واضطراب الفصام، حيث تم الحديث عن تعريف الفصام وأعراضه وتاريخه وأنواعه مع التركيز على الأنواع التي تصيب المرأة تحديداً، وكذا تناول الأسباب. **وفي الفصل الخامس:** جاء بعنوان: المرأة واضطرابات الوجدان، حيث تم تناول مدى انتشار هذا النوع من الاضطراب، وكذا المحاولات الإجهادية المختلفة للتصنيف وكذا الأسباب.

**والفصل السادس المعنون:** المرأة واضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق، حيث تم تناول هذا النوع من الاضطرابات من حيث الوبائيات، وكذا الأنواع، والأسباب.

**وفي الفصل السابع المعنون:** المرأة واضطرابات الشخصية حيث تم تناول: الوبائيات - التعريف وكذا تصنيف أنواع اضطرابات التشخيص ومحكات (تشخيص) كل اضطراب على حده، وكذا الأسباب.



وفي الفصل الثامن تم تناول: المرأة واضطرابات النوم حيث تم تناول هذا الاضطراب من حيث: الوبائيات - التعريف - التصنيف والتشخيص لكل اضطراب من اضطرابات النوم سواء الأولية أو الثانوية، وكذا الأسباب.

وأخيراً تم تناول: المرأة واضطرابات الأكل في الفصل التاسع من خلال الحديث عن: الوبائيات، التعريف، التصنيف وكذا تشخيص كل اضطراب على حده وكذا الأسباب.

وأخيراً نأمل أن يدفع هذا الكتاب إلى الاهتمام بالمرأة، وقضاياها، وأن يبتعد الإهتمام عن الشعارات الرنانة أو السير في ركب (الحدائث)، وأن المجتمع - أي مجتمع - لن ينهض إلا إذا تم الإهتمام بالمرأة وقضاياها ومايولها، وأنه بدون الإهتمام بالمرأة سيكون المجتمع أشبه ما يكون (بالأعرج)؛ لأنه يعاني من (خلل أو اضطراب) في ساقه الثانية، مما يؤثر بلا شك في حفظ توارنه.

والله وحده من وراء المقصد

د. محمد حسن غانم

حلوان في ٢٠١٠/٤/١٩







## المرأة واضطرابات القلق

### محتويات الفصل

- مدخل إلى الدراسة.
- ١- المرأة واضطرابات القلق.
  - تعريف القلق
  - وبائيات انتشار القلق.
  - المحركات التشخيصية لإضطراب القلق العام.
  - القلق وما يرتبط به من مفاهيم.
  - أسباب القلق.
- ٢- المرأة واضطراب الرهاب.
- ٣- المرأة واضطراب الهلع.
- ٣- المرأة واضطراب الوسواس القهري.
- ٥- المرأة واضطراب الضغوط التالية على الصدمة.
- ٦- المرأة واضطراب الهستيريا.



## الفصل الأول

### المرأة واضطرابات القلق

#### مدخل إلى الدراسة

لا توجد فروق تذكر بين الرجل والمرأة بيد أن الفروق الفسيولوجية في الأعضاء التناسلية هي التي تبرز هذه الاختلافات.. ولكن إذا كان عضو الذكر يتجه إلى المصلاية، وعضو الأنثى يتجه إلى التجويف، فإن اللقاء الحميم بين الزوجين يؤكد وحدة اللقاء بين الرجل والمرأة.

ويترتب على الاختلاف الفسيولوجي هذا وجود بناء نفسي للمرأة يختلف عن ذلك البناء النفسي للرجل. ولا أحد يستطيع أن يدعي أن المرأة والرجل متشابهان إلا في البناء البيولوجي وبالتالي يختلفان أيضاً في البناء النفسي.

وقد لاحظ العلماء أن القلق يعد الملمح الأساسي في حياة الأنثى ويمكن رصده في الآتي:

أ - ابتداءً من ميلاد البنت فإنها تتشأ في جو ملئ بالتحذير والتخويف من كشف أو لمس أعضائها التناسلية، وتشعر الأم (أو الأب) بالذعر حين تمتد يد الطفلة الصغيرة أبنة الخامسة من العمر لتستكشف أعضائها؛ فتتهربها بشدة وعنف وقد تعاقبها بالضرب أو التأنيب صحيح أن ذلك يتم أيضاً بالنسبة للطفل الذكر، إلا أن نصيب البنت من هذا التخويف و التحذير يكون أضعاف نصيب الولد (نوال السعداوي ١٩٧٧ ص ٤١)

ب - ابتداء من سن البلوغ أي حوالي الثالثة عشر أو الثانية عشر (لأنه من المعروف أن الفتاة تبلغ قبل الولد الذكر بعام أو عامين)، وحتى سن الخامسة والأربعين تقريباً فإن المرأة تحيض كل شهر، والحيض معناه أن البويضة لم تلقح ويكون قلق المرأة في جميع الأحوال هو السائد والمسيطر.

١ - في حالة ما إذا تأخر الحيض وكانت متزوجة، فإنها قد تفرح لأن إنقطاع الحيض معناه إمكانية الحمل، وقد تقاؤها الدورة فيزداد قلقها.

٢ - تأخر الدورة الشهرية والفتاة لم تتزوج بعد فينتابها القلق؛ لأن معنى ذلك وجود أعراض وأزمات لا قبل لها بها.

٣ - تأخر الدورة الشهرية لإمرأة تأخذ وسائل (تنظيم النسل)، ومعنى ذلك إمكانية قدوم فرداً جديد لم تستعد له الأسرة.

٤ - في كل ما سبق فإن الدورة الشهرية يرافقها العديد من الآلام الجسدية والنفسية لدرجة إننى سمعت كثيراً من نساء وهتياتو يستشعرن بقدوم الدورة الشهرية. إنهن يشعرن وكأن ناراً وحمماً ويراكين تخرج من صدرها وأنها تكون طوال دورتها عصبية واثارة تنفلت أعصابها لأتفه الأسباب. وعلى المرأة أن تعي هذه المتغيرات، وعلى الرجل (الزوج - الأخ - الإبن - الأب) أن يقدر ذلك ويأخذه في الاعتبار.

ج - إن المرأة بطبيعتها عاطفية. ما أن تدخل إلى مرحلة المراهقة، حتى تتجه بعواطفها (نتيجة ظهور الرغبة الجنسية الكاملة لديها) إلى شخص آخر.. تتجه وتهب كل مشاعرها ولذا ينتابها القلق من مجرد التفكير في أن (حبيبها) سوف يهجرها. وعلى قدر قسوة الرجل معها فإنها قد تتسى هذه الآلام من مجرد (كلمات قليلة جميلة حانية قد بثها الرجل في أذن زوجته). ألم يقولوا أن الشيطان يسكن في أذن المرأة!!

د - إذا تزوجت المرأة ودخلت في مرحلة الحمل، فإنها تظل قلقة خشية الخوف من أن لا يكتمل الحمل وتظل تسمع وتتسمع إلى نصائح النساء الخبيرات في مثل هذه الأمور ونحن بدورنا كعلم نفس ندرس باب كبير في فرع علم نفس النمو بعنوان: العوامل التي تؤثر في نمو الجنين أثناء الحمل.



حيث أن كل ما تقعله الأم وتقوم به ، يؤثر سلباً أو إيجاباً في نفسية أو صحة الطفل. ولذا فإن الأم السوية الملتزمة تكون بلا شك أرض صالحة وممهدة لإنجاب أبناء أصحاء، أما الأم القلق المتوترة المكتئبة أو المدمنة لأي نوع من أنواع المخدرات أو الخمر أو حتى التدخين؛ فإن ذلك يخلق البيئة الفاسدة لخلق وإنجاب أطفال مهينين للفساد هي الصحة والنفس.

٥ - فإذا أنجبت الأم؛ فإن القلق لا يفارقها، وتظل قلقة وربما مكتئبة على أي عرض أو مرض يصيب الطفل وذلك لأن عاطفة الأمومة أقوى بكثير من عاطفة الأبوة. فالرجل يتناول أي أمر بالعقل والمنطق والتفكير، عكس حال المرأة حيث تتغلب الجوانب العاطفية لديها على الجوانب العقلية.

و - تلعب بعض الاتجاهات الإجتماعية السائدة أدوارها في إمكانية قلق المرأة ففي المجتمع المصري والعربي تظل المرأة طوال عمرها قلقة .. ونرصدهم ذلك:

- ١ - في حالة عدم نجاح الأولاد أو تقدمهم في الدراسة.
  - ٢ - في حالة تأخر البنت عن الزواج.
  - ٣ - في حالة تأخر الولد الذكر عن الزواج.
  - ٤ - سعادة أو عدم سعادة أولادها في الزواج.
  - ٥ - إنجاب أو عدم إنجاب أحد من أبنائها.
  - ٦ - الظروف الصحية لأولادها وقلقها من جراء ذلك.
  - ٧ - استقرار أمور معيشية وحياة أولادها يجب أن نأخذه في الاعتبار.
  - ٨ - مرض الزوج أو خروجه من العمل (مبكراً) أو حتى في موعده ... إلخ
- ومع تقدم المرأة في السن تتوقف الدورة الشهرية (في الغالب في سن الخامسة والأربعين) وهنا يزداد القلق والإكتئاب؛ لأن الغالبية تسمى ما يحدث في هذه السن بأنها مرحلة اليأس، حيث إنصراف الحيوية والنضج والشباب... وبناءً على مدى فهم المرأة لقيمتها يكون السواء أو عدم السواء النفسي المترتب على مثل هذه الاعراض.

وطوال مرحلة حياة المرأة قد تتعرض لهزات عنيفة مثل:

- ١ - ميلاد طفل معوق ذهنياً مع ما يترتب على ذلك من إمكانية اتهام الزوجين كل منهما للآخر أنه هو السبب والمسؤول وأن (عائلته) عائلة كلهم من الأذكىاء والعباقرة.
- ٢ - التمرض لحالة أو أكثر من حالات الإجهاض، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن هذا الحمل الذي لم يكتمل هو حملها الأول، وجاء بعد طول ترقب وانتظار. ذلك لأن الإجهاض يحمل في معنى من معانيه شهادة فشل أعضاء المرأة على الاحتفاظ بالأطفال وقد سمعت مرة من سيدة كبيرة تصف زوجة ابنها دائمة الإجهاض بأن (أعضائها مملحة) وبالتالي تحلق جواً فاسداً لا يساعد على نمو الطفل به.
- ٣ - وقد تحرم المرأة من الإنجاب، وبالتالي فإن الدراسات النفسية القليلة التي رصدت وتناولت نفسية الأمهات العاقرات بالدراسة رصدت العديد من العوامل النفسية المتشابكة والمتداخلة أهمها نظرتها السوداوية إلى ذاتها، وعداوتها المنصبة على جسدها، واليأس من كل شيء.
- ٤ - وقد تتعرض المرأة إبان رحلتها مع الزوج إلى العديد من العواصف وقد تثبت سفينة الحياة، وقد تتقلب وتهاجمها العواصف والرياح. فقد يتم الطلاق أو قد ينقلان خلافاتهما إلى أروقة المحاكم، وقد تحرم من رؤية أطفالها. وقد تتعرض للإغتصاب، وقد يتركها الزوج مفترقاً في بلاد الآخرين وقد يتركها بالموت ولأسباب مختلفة فتضطرب في الغالب إن تدفن عواطفها الجنسية تماماً. وتضع كل طاقاتها ورغباتها في ركن قصي من حياتها، وتواصل تربية أبناءها حتى تؤدي رسالتها في الحياة. وهي في كل الأحوال تظل قلقة خائفة مكتئبة تخشى غدر البشر والأيام.

### المرأة واضطرابات القلق:

اضطرابات القلق Anxiety Disorders فئة تشخيصية مستقلة من بين التصنيفات المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل أو المراجع DSM III R 1987، وكذلك الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV

1994، الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، والذي يرصد العديد من الاضطرابات، ويجري العديد من البحوث والدراسات حول الاضطرابات الأكثر إنتشاراً، والإتفاق حول (معايير أو محركات التشخيص).

### تعريف القلق Anxiety:

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم القلق. وسوف نكتفي بإيراد بعضاً من هذه التعريفات.

- عادة ما يصاحب القلق ظهور الأنواع المختلفة من الاضطرابات النفسية أو يصاحبها، إلا أنه في بعض الأحيان قد يكون هو العرض المرضي الوحيد والمستمر دون أن يتطور إلى مرض نفسي معين .. وقد يظل المريض بالقلق المصاب Nervotic Anxiety خائفاً متوتراً منشغلاً سواء لأسباب واقعية أو متوهمة، وقد شاع القلق كثيراً في هذا العصر.(فرج طه وآخرون ١٩٩٣، ص ٦٣٧)
- القلق هو شعور عام بالخشية، و أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديداً غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن إستجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً. وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، ولكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً، كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً، ومواقف تصعب مواجهتها.(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ص١٤)
- القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس والخيفة والتحفز. والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية؛ خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد، وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، والضيق في التنفس، والشعور بنبضات القلب، أو الصداع أو كثرة الحركة .. إلخ (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٧)

- القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويحتلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أي الخوف) يمثل إستجابة لسبب معروف. (Kaplan.H & sadock,B., 1996)

### وبائيات إنتشار القلق:-

أثبتت جميع الدراسات في وبائيات القلق الآتي:

- أ - يصيب مرض القلق نحو خمسة في المائة من السكان في أي وقت بعينه، وهو يصيب واحد في المائة تقريباً إلى درجة العجز. وأغلب المصابون به من النساء (ثمانون في المائة)، وتكون الغالبية من هؤلاء في سن القدرة على العمل والإنتاج، وربما أن النساء بطبيعتهن يتعرضن للعديد من الضغوط الخاصة بالجوانب البيولوجية والنفسية لدى النساء أكثر من الرجال. (ديفيد شيهان ١٩٨، ص ٢٠)
- ب - أن اضطرابات القلق (بتصنيفاتها المختلفة) تصيب من ٣ - ٨ ٪ من السكان في أي وقت، وأن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢ : ١، وأن سن بداية الاضطراب تكون عادة في بدايات سن الرشد. (Kaplan.H of sadock,B., 1996)
- ج - تبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة إنتشار اضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكي تصل إلى ٨٪، وأن نسبة الإناث ضعف نسبة الذكور. (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص ١١١)

### المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام:

وفقاً للدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع لتصنيف الاضطرابات النفسية، يصنف القلق العام كالآتي:

- أ - قلق وإنزعاج شديد (توقع إدراكي) يدور حول عدد من الأحداث والنشاطات يستمر حدوثه أياماً عديدة لا تقل عن ستة أشهر.
- ب - يجد الشخص صعوبة بالغة في السيطرة على انزعاجه وتوتره.
- ج - يرتبط القلق والإنزعاج - على الأقل - بثلاثة من الأعراض الستة الآتية:
  - ١ - ملل أو شعور بالضيق، وأن الشخص يشعر كما لو أنه على جافة الهاوية.
  - ٢ - سهولة الشعور بالتعب والإرهاق من أقل مجهود يبذله.
  - ٣ - صعوبة في التركيز وإدراك العقل (من الداخل) وكأنه قد أصبح خالي الوفاض).
  - ٤ - سرعة وسهولة الإستثارة.
  - ٥ - الشعور بشد عضل وتوتر.
  - ٦ - المعاناة من صورة أو أكثر من اضطرابات النوم
- د - لا يتركز القلق أو المعاناة حول إحدى خصائص اضطرابات المحور الأول الأخرى مثل: القلق من التعرض لنوبة من الهلع (اضطراب الهلع)، أو الشعور بالحرج في المواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية)، أو الإتساخ (اضطراب الوسواس القهري)، أو الإبتعاد عن المنزل والأقارب (اضطراب قلق الانفصال)، أو نقص الوزن (فقدان الشهية العصبي)، أو المعاناة من مرض خطير (توهم المرض)، أو أن يقتصر ظهور القلق وإنشغال البال أثناء اضطراب الكرب الناتج عن الصدمة.
- هـ - أن يؤدي القلق وإنشغال البال أو الأعراض الجسمية المصاحبة إلى معاناة إكلينيكية ملحوظة، أو أن يخل بالوظائف الاجتماعية المهنية أو غيرها من الوظائف المهمة.

و- ألا يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتعاطي مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسدي مثل فرط النشاط للغدة الدرقية أو ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجداني، أو اضطراب ذهاني (مرض عقلي أو الإصابة بالجنون كما يشيع بين العامة)، أو اضطراب تشوه النمو والارتقاء (APA.IV, 2000).

### القلق وما يرتبط به من مفاهيم:

يرتبط القلق بالعديد من المفاهيم، ومنعاً للخلط بين مفهوم القلق والمفاهيم الأخرى، سوف نشير في عجالة إلى هذه المفاهيم حتى تتضح طبيعة هذه العلاقة.

#### ١- حالة القلق State Anxiety وسمة القلق Trait Anxiety:

يذكر (سبيليرجر) أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدامهما المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية construct المرتبطة معاً بالرغم من أنها مختلفة، إذ غالباً ما يستخدم مصطلح القلق بمعنيين:

- الأول: لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتثبيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللا إرادي أو المستقبل. وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبهاً معيناً، أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له.
- الثاني: يستخدم مصطلح القلق يشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الإستهداف Proneness للقلب بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن إستنتاجها من تكرار إرتفاع حالة القلق لدى الفرد غير الأمن، وشدة هذه الحالة، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلاً قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق. (أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٩ - ٢٠)

والخلاصة: أن حالة القلق مرتبطة بموقف خارجي، فإذا إنتهى الموقف المفترض أن تنتهي حالة القلق.

مثال: زوجة توفي زوجها، من الطبيعي أن تحزن وأن يزداد حزنها، خاصة إذا كانت العلاقة بينهما تقوم على الحب والود والإحترام.. بيد أن هذا الحزن (المفروض أيضاً) أن يستمر لفترة معينة، وبعدها تعاود حياتها المعتادة.

أما سمة القلق فيقصد بها أن القلق سمة أساسية في شخصية الفرد، أو أنه دائماً من النوع السريع المتعجل، ويأخذ كل شيء وأي شيء على أعصابه.

## ١ - القلق والخوف:

عادةً ما يكون الخوف والقلق وحدة ملتصقة، لكن توجد بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عكاشة في الجدول الآتي:

معايير المقارنة	القلق	الخوف
١ - السبب والموضوع	مجهول	معروف
٢ - التهديد	دلخي	خارجي
٣ - التعريف	غامض	محدد
٤ - الصراع	موجود	غير موجود
٥ - المدة	مزمنة	حادة

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٨)

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في: زيادة ضغط الدم، ضربات القلب، توتر العضلات، مع تحفز وعدم إستقرار وكثرة الحركة أما الخوف الشديد فيصاحبه تغيرات فسيولوجية تتمثل في انخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء في العضلات؛ مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء.(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٧)

## ٢ - القلق والوسواس القهري:

أثبتت العديد من الأبحاث والدراسات وجود علاقة ما بين القلق واضطراب الوسواس القهري نتلخص في: -

أ - أن القلق هو الأساس في اضطراب الوسواس القهري، والدليل أنه في العلاج بالغمز ومنع الإستجابة يحدث إنطفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي.

ب - هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسي والفعل القهري، ولأن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك.

ج - إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري.

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضي هو المكون الأساسي في اضطراب الوسواس القهري (بكافة صوره وأشكاله). (أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢، ص ٢٠٢ - ٢٠٦)

### ٣ - القلق السوي والقلق المرضي:

في الغالب يكون القلق السوي خارجي المنشأ وهو الذي يجده الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر. أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه وسلامته (دايفيد شيهان ١٩٨٨ ص ١٧ - ١٨)، في حين يكون القلق المرضي داخلي المنشأ، ولذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير فهو قلق مرضي Morbid، ويسمى أحياناً بالقلق الهائم الطليق والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصائية. (أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٥ - ١٦)



## ٤ - قلق الموت Death Anxiety:

قلق الموت إستجابة إنفعالية، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل به الموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه.(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٥، ص١١٩)

## ٥ - قلق الإحتضار Dying Anxiety:

قلق الإحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية)، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء، وقد يعزي هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح.

### أسباب القلق:

نستطيع حصر أسباب القلق في العوامل والأسباب الآتية: -

### أولاً: العوامل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل الآتية: -

- ١ - زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السيمبثاوي.
- ٢ - زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamines في الدم.
- ٣ - ارتفاع نسبة نواتج أيض النورأدرينالين.
- ٤ - انخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام)، وانخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الإكتئاب.
- ٥ - انخفاض تركيز حامض (جاماأبيوتريك)، مما يؤدي إلى إزدياد نشاط الجهاز العصبي المركزي.

٦ - إزدیاد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق، وإزدیاد النشاط الدوباميني المرتبط بالقلق.

٧ - ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.

٨ - إزدیاد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (مركز العصبونات النورأدرينالية). (Kaplan, H. of schodck, B, 1996)

### ثانياً: النظريان النفسية والقلق:

- تعتمد النظريات والإجتهاادات التي قدمت للقلق، وربما كل نظرية لها وجهة نظر في القلق وسوف تقتصر على إبراز فرويد بعض النظريات التي قدمت لأسباب القلق.

١ - فرويد القلق: نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد القلق في: -

• يرى فرويد ان هناك ثلاثة أنواع للقلق هي: القلق الواقعي، والقلق الأخلاقي، والقلق العصابي.

• وأن الفرد حين يفضل في مواجهة القلق، فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق.

• وأن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق، وكذلك الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف.

• كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الاخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبيية (القضيبية)، كما ربط بين القلق وبين الخوف والأنا الأعلى والخوف من نبد المجتمع.

• كما فرق فرويد بين العصاب أو المرضي والقلق الموضوعي الأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الفريزية الفطرية في حين أن الثاني (أي القلق الموضوعي) يكون ناتجاً أو كامناً في العالم الخارجي، وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي، فإنه يستشعر نوعاً من القلق (Davisin & Neale, 1994, pp.25 - 26)

### ب - يونج ووجهة نظره في القلق :-

- اختلف يونج Jung مع فرويد فيما يتعلق بمفهوم اللبید والجنس أساساً ، وإفترض ان هناك مستودعاً كبيراً للطاقة عامةً غير متمایزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته ، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تفزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي. (جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ٧٢ - ٧٣)

### ج - أوتورانك ووجهة نظره في أسباب القلق :-

- يرى أوتورانك Otto Rank أن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدر لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته ، أو على أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والامن. ويرى (رانك) أن الإرادة هي أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها ، وأن العصايب شخص معتمد وغير ناضج إنفعالياً ، ولم تتطور إمكانياته من الضبط وتأكيد الذات. (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٠)

- أما أصحاب المدرسة السلوكية (أمثال بافلوف ، ميلر ، باندورا.. إلخ ) ، فإنهم يلخصون أسباب القلق في:

- أ - ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.
- ب - بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) ، فإنها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط النفسي.
- ج - يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين ، وتقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الإجتماعي لباندورا).
- د - يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ، ثم ينقل من خلال مثير آخر

من خلال الفعل الشرطي، فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا؛ لذا لا عجب أن نجد (القلق) هو المركز والمنطلق والأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصائية. (HavolD,k.& BenJamin, s,1996)

كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية في الاعتبار، وهناك نوعين من الضغوط هما: -

**أ - الضغط المباشر:** الذي تسببه الأشياء التي تحدث إختلالاً للفرد في بيئته الخارجية (طلاق، موت، رسوب، مرض خطير، ... إلخ).

**ب - الضغط غير المباشر:** والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين، وعدم الحسم (عين في الجنة وعين في النار، يتمتعن وهن الراغبات، نفسى فيه وأقول أخيه ...).

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه، بل إن إشتدادها وإستمرارها أو تشابكها، ونقص المقاومة، وغياب التشجيع والمساندة من البيئة كل ذلك وغيره قد يؤدي إلى (فاعلية) الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث اضطرابات القلق. (دافيد شيهان، ١٩٨٨)

## ٢- المرأة واضطراب الرهاب Phobia disorder

### أ - مدى إنتشار اضطراب الهلع: -

- تعتمد نسب إنتشار الهلع تبعاً للعديد من الدراسات:
- إذ يقدر في بعض الدراسات بنسبة ١.٥ - ٤ ٪.
- نسبة الإصابة ١:١ إذا لم يكن مصحوباً بالأجورافوبيا .
- بينما تكون نسبة الإصابة ١:٢ إذا كانت تصاحبه.
- وإن الإناث أكثر إصابة بهذا الاضطراب مقارنةً بالذكور.
- وأن سن بداية الاضطراب تكون في أواخر العشرينات.

- وأن الدراسات التي تناولت التاريخ الأسري للإصابة بهذا الاضطراب قد أوضحت أن ٢٠٪ من أقارب الدرجة الأول لمرضى الأجورافوبيا يعانون المرض نفسه. (Harold,K., & BenJamin,s,1996)
- في حين توصلت دراسات أخرى إلى أن الاضطرابات النفسية التي يكون الحصر هو العرض الأكثر شيوعاً فيها تصل نسبته إلى ١٧٪ من الأشخاص في أمريكا حيث المعاناة على الأقل/ شكل واحد من أشكال اضطرابات الحصر. (Kessler.et al,1994)
- في حين وجد أحمد عكاشة أن اضطراب الهلع بين مجموع الشعب بنسبة ٢ - ٥٪، مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة. وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠ - ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع.
- وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينات من العمر، ويبدأ الفرد من الشكوى في أواخر العشرينات حتى تتضح بصورة جلية الأعراض كما أوضحت دراسة (Harold,K,BeJamin,s,196).
- توجد علاقة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى؛ أهمها: الإكتئاب، وسوء إستعمال المواد مثل الكحوليات والمهدئات، ومحاولات الإنتحار (حوالي ٢٠٪). كذلك يصاحب اضطراب الهلع في حوالي ١٥ - ٢٠٪ من حالات تدني الصمام الميترالي. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢٦ - ١٢٧)

### تعريف المخاوف أو الفوبيا:

#### ١ - في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي

في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (١٩٩٣) نجد تفرقه ما بين مصطلحي خوف fear وفوبيا phobia .

- حيث يشير المصطلح الأول إلى إعتبار الخوف ليس مرضاً (خاصة إذا كانت أسبابه خارجية)، بل يعد ذلك إرهاباً بإمكانية إنتدلاع المرض. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٣٢٤)
- بينما يشير مصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضي من موضوع، أو من موقف لا يستثير عادةً الخوف لدى عامة الناس وأسيوائهم ومن هنا إكتسب طابعه المرضي: كالخوف من الأماكن المفتوحة، والذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلاً لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، ويظل قلقاً حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ص ٦٠٤ - ٦٠٥).

#### ب - في الطب النفسي:

حيث نستطيع تعريف إستجابة الخوف كالآتي:

- ١ - أنها غير متناسبة مع الموقف .
- ٢ - لا يمكن تفسيرها منطقياً.
- ٣ - لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.
- ٤ - تؤدي إلى الهروب، وتجنب المواقف المخيفة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٠)

تصنيف إستجابات اضطرابات المخاوف:

اضطرابات المخاوف المرضية هي فئة فرعية لاضطرابات القلق، أو الصورة هي المخاوف المرضية، والذي يؤدي بدروه إلى التجنب. ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV ثمانية اضطرابات تتميز بالحصص وإستجابات التجنب هي:

- ١ - اضطراب الفزع (مع رهاب الأماكن الفسيحة أو بدونه ) Panic Disorder (with or without Agoraphobia)

٢ - رهاب الأماكن المفضية دون تحديد تاريخ سابق من اضطرابات الفزع  
(goraphobia without History of Panic Disorder)

٣ - فوبيا محددة Specific phobia.

٤ - فوبيا إجتماعية Social phobia .

٥ - اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder.

٦ - اضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder.

٧ - اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder.

٨ - اضطراب الحصر المعمم أو العام Generalized Anxiety Disorder.

(DSM, Iv, 1994)

### تعريف نوبات الفزع:

يعرف الدليل التشخيصي نوبات الفزع وفقاً للمعايير الآتية :-

• فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفزع الشديد الذي يظهر بدوره في أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية :-

١ - ارتفاع دقات القلب وزيادة سرعته.

٢ - العرق.

٣ - الارتجاف.

٤ - مشاعر ضيق التنفس أو الخمود.

٥ - الشعور بالإختناق.

٦ - آلام الصدر، أو عدم الإرتياح.

٧ - الغثيان أو عدم إستقرار المعدة.

٨ - الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء.

٩ - فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات.

١٠ - الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب (بالجنون).

و- ألا يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتعاطي مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسدي مثل فرط النشاط للفدة الدرقية أو ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجداني، أو اضطراب ذهاني (مرض عقلي أو الإصابة بالجنون كما يشيع بين العامة)، أو اضطراب تشوه النمو والإرتقاء. (APA.IV, 2000)

**القلق وما يرتبط به من مفاهيم:**

يرتبط القلق بالعديد من المفاهيم، ومنعاً للخلط بين مفهوم القلق والمفاهيم الأخرى، سوف نشير في عجلة إلى هذه المفاهيم حتى تتضح طبيعة هذه العلاقة.

#### ١ - حالة القلق، State Anxiety وسمة القلق، Trait Anxiety:

يذكر (سبيلبيرجر) أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدام المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية construct المرتبطة معاً بالرغم من أنها مختلفة، إذ غالباً ما يستخدم مصطلح القلق بمعنيين:

- الأول: لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللا إرادي أو المستقبل. وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبهاً معيناً، أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له.
- الثاني: يستخدم مصطلح القلق يشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الإستهداف Proneness للقلب بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن إستنتاجها من تكرار إرتفاع حالة القلق لدى الفرد غير الأمن، وشدة هذه الحالة، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلاً قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق. (أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٩ - ٢٠)



والخلاصة: أن حالة القلق مرتبطة بموقف خارجي، فإذا إنتهى الموقف المفترض أن تنتهي حالة القلق.

مثال: زوجة توفي زوجها، من الطبيعي أن تحزن وأن يزداد حزنها، خاصة إذا كانت العلاقة بينهما تقوم على الحب والود والإحترام.. بيد أن هذا الحزن (المفروض أيضاً) أن يستمر لفترة معينة، وبعدها تعاود حياتها المعتادة.

أما سمة القلق فيقصد بها أن القلق سمة أساسية في شخصية الفرد، أو أنه دائماً من النوع السريع المتعجل، ويأخذ كل شيء وأي شيء على أعصابه.

### ١ - القلق والخوف:

عادةً ما يكون الخوف والقلق وحدة ملتصقة، لكن توجد بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عكاشة في الجدول الآتي:

محاوير المقارنة	القلق	الخوف
١ - السبب والموضوع	مجهول	معروف
٢ - التهديد	دخلي	خارجي
٣ - التعريف	غامض	محدد
٤ - الصراع	موجود	غير موجود
٥ - المدة	مزمنة	حادة

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٨)

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في: زيادة ضغط الدم، ضربات القلب، توتر العضلات، مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة أما الخوف الشديد فيصاحبه تغيرات فسيولوجية تتمثل في انخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء في العضلات؛ مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء..(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٧)

### ٢ - القلق والوسواس القهري:

أثبتت العديد من الأبحاث والدراسات وجود علاقة ما بين القلق واضطراب الوسواس القهري تتلخص في: -

١ - أن القلق هو الأساس في اضطراب الوسواس القهري، والدليل أنه في العلاج بالغمز ومنع الإستجابة يحدث إنطفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي.

ب - هناك علاقة ما بين القلق وحدث كل من التفكير الوسواسي والفعل القهري، ولأن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك.

ج - إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري.

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضي هو المكون الأساسي في اضطراب الوسواس القهري (بكافة صوره وأشكاله). (أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢، ص ٢٠٢ - ٢٠٦)

### ٣ - القلق السوي والقلق المرضي:

في الغالب يكون القلق السوي خارجي المنشأ وهو الذي يجده الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر. أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه وسلامته (دايفيد شيهان ١٩٨٨ ص ١٧ - ١٨)، في حين يكون القلق المرضي داخلي المنشأ، ولذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير فهو قلق مرضي Morbid، ويسمى أحياناً بالقلق الهائم الطليق والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصائية. (أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٥ - ١٦)

#### ٤ - قلق الموت Death Anxiety:

قلق الموت إستجابة إنفعالية، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل به الموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه. (أحمد عبد الخالق ٢٠٠٥، ص ١١٩)

#### ٥ - قلق الإحتضار Dying Anxiety:

قلق الإحتضار يحدث نتيجة لل خوف من هذه (العملية غير المنتهية)، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء، وقد يعزى هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح.

#### أسباب القلق:

نستطيع حصر أسباب القلق في العوامل والأسباب الآتية: -

#### أولاً: العوامل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل الآتية: -

- ١ - زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السيمبثاوي.
- ٢ - زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamines في الدم.
- ٣ - إرتفاع نسبة نواتج أيض التورادرينالين.
- ٤ - إنخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام)، وإنخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الإكتئاب.
- ٥ - إنخفاض تركيز حامض (جاماأبيوتريك)، مما يؤدي إلى إزدياد نشاط الجهاز العصبي المركزي.

٦ - إزدياد ناقل السيروتين العصبي بسبب القلق، وإزدياد النشاط الدوياميئي المرتبط بالقلق.

٧ - ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.

٨ - إزدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (مركز العصبونات النورأدرينالية). (Kaplan, H. of schodck, B, 1996)

### ثانياً: النظريان النفسية والقلق:

تتعدد النظريات والإجهادات التي قدمت للقلق، وربما كل نظرية لها وجهة نظر في القلق وسوف تقتصر على إبراز فرويد بعض النظريات التي قدمت لأسباب القلق.

١ - فرويد القلق: نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد القلق في:-

- يرى فرويد أن هناك ثلاثة أنواع للقلق هي: القلق الواقمي، والقلق الأخلاقي، والقلق العصابي.

- وأن الفرد حين يفشل في مواجهة القلق، فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق.

- وأن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق، وكذلك الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف.

- كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الاخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبيية (القضيبية)، كما ربط بين القلق وبين الخوف والأنا الأعلى والخوف من نبذ المجتمع.

- كما فرق فرويد بين العصاب أو المرضى والقلق الموضوعي الأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الفريزية الفطرية في حين أن الثاني (أى القلق الموضوعي) يكون ناتجاً أو كامناً في العالم الخارجي، وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي، فإنه يستشعر نوعاً من القلق (Davisin & Neale, 1994, pp.25 - 26)

ب- يونج ووجهة نظره في القلق:-

- إختلف يونج Jung مع فرويد فيما يتعلق بمفهوم اللبيد والجنس أساساً، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً للطاقة عامةً غير متميزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠١، ٧٢ - ٧٣)

ج- أوتورانك ووجهة نظره في أسباب القلق:-

- يرى أوتورانك Otto Rank أن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدر لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته، أو على أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والامن. ويرى (رانك) أن الإرادة هي أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج إنفعالياً، ولم تتطور إمكانياته من الضبط وتأكيد الذات. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٠٠)

- أما أصحاب المدرسة السلوكية (أمثال بافلوف، ميلر، بانديورا.. إلخ)، فإنهم يخصصون أسباب القلق في:

أ - ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

ب - بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة)، فإنها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداً للضغط النفسي.

ج - يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين، وتقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الإجتماعي لبانديورا).

د - يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير آخر

من خلال الفعل الشرطي، فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا؛ لذا لا عجب أن نجد (القلق) هو المركز والمنطلق والأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصائية. (HavolD,k.& BenJamin, s,1996)

كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية في الاعتبار، وهناك نوعين من الضغوط هما: -

أ - الضغط المباشر: الذي تسببه الأشياء التي تحدث إختلالاً للفرد في بيئته الخارجية (طلاق، موت، رسوب، مرض خطير، ...الخ).

ب - الضغط غير المباشر: والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين، وعدم الحسم (عين في الجنة وعين في النار، يتمنن وهن الراغبات، نفسى فيه وأقول إخيه ....).

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه، بل إن اشتدادها واستمرارها أو تشابكها، ونقص المقاومة، وغياب التشجيع والمساندة من البيئة كل ذلك وغيره قد يؤدي إلى (فاعلية) الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث اضطرابات القلق. (دافيد شيهان، ١٩٨٨)

## ٢. المرأة واضطراب الرهاب Phobia disorder

### أ - مدى إنتشار اضطراب الرهاب:

تتعدد نسب إنتشار الهلع تبعاً للعديد من الدراسات:

- إذ يقدر في بعض الدراسات بنسبة ١.٥ - ٤ ٪.
- نسبة الإصابة ١:١ إذا لم يكن مصحوباً بالأجورافوبيا .
- بينما تكون نسبة الإصابة ١:٢ إذا كانت تصاحبه.
- وإن الإناث أكثر إصابة بهذا الاضطراب مقارنة بالذكور.
- وأن سن بداية الاضطراب تكون في أواخر العشرينات.

- وأن الدراسات التي تناولت التاريخ الأسري للإصابة بهذا الاضطراب قد أوضحت أن ٢٠٪ من أقارب الدرجة الأول لمرضى الأجورافوبيا يعانون المرض نفسه. (Harold, K., & BenJamin, s, 1996)
- في حين توصلت دراسات أخرى إلى أن الاضطرابات النفسية التي يكون الحصر هو المرض الأكثر شيوعاً فيها تصل نسبته إلى ١٧٪ من الأشخاص في أمريكا حيث المعاناة على الأقل / شكل واحد من أشكال اضطرابات الحصر. (Kessler, et al, 1994)
- في حين وجد أحمد عكاشة أن اضطراب الهلع بين مجموع الشعب بنسبة ٢ - ٥٪، مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة. وتشير الإحصائيات إلى أن ٢٠ - ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع.
- وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينات من العمر، ويبدأ الفرد من الشكوى في أواخر العشرينات حتى تتضح بصورة جلية الأعراض كما أوضحت دراسة (Harold, K, BeJamin, s, 196).
- توجد علاقة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى؛ أهمها: الإكتئاب، وسوء إستعمال المواد مثل الكحوليات والمهدئات، ومحاولات الإنتحار (حوالي ٢٠٪). كذلك يصاحب اضطراب الهلع في حوالي ١٥ - ٢٠٪ من حالات تدني الصمام الميترالي. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢٦ - ١٢٧)

### تعريف المخاوف أو الفوبيا:

#### ١ - في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي

في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (١٩٩٢) نجد تفرقه ما بين مصطلحي خوف fear وفوبيا phobia .

- حيث يشير المصطلح الأول إلى اعتبار الخوف ليس مرضاً (خاصة إذا كانت أسبابه خارجية)، بل يعد ذلك إرهاباً بإمكانية إندلاع المرض. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٢٢٤)
- بينما يشير مصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضي من موضوع، أو من موقف لا يستثير عادةً الخوف لدى عامة الناس وأموئائهم ومن هنا إكتسب طابعه المرضي: كالخوف من الأماكن المفتوحة، والذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلاً لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، ويظل قلقاً حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ص ٦٠٤ - ٦٠٥).

#### ب - في الطب النفسي:

حيث نستطيع تعريف إستجابة الخوف كالآتي:

- ١ - أنها غير متناسبة مع الموقف .
- ٢ - لا يمكن تفسيرها منطقياً.
- ٣ - لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.
- ٤ - تؤدي إلى الهروب، وتجنب المواقف المخيفة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٠)

#### تصنيف إستجابات اضطرابات المخاوف:

اضطرابات المخاوف المرضية هي فئة فرعية لاضطرابات القلق، أو الصورة هي المخاوف المرضية، والذي يؤدي بدوره إلى التجنب. ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV ثمانية اضطرابات تتميز بالحصص وإستجابات التجنب هي:

- ١ - اضطراب الفزع (مع رهاب الأماكن المضيعة أو بدونه ) Panic Disorder (with or without Agoraphobia)



٢ - رهاب الأماكن الممسوحة دون تحديد تاريخ سابق من اضطرابات الفزع  
(goraphobia without History of Panic Disorder)

٣ - فوبيا محددة Specific phobia.

٤ - فوبيا إجتماعية Social phobia .

٥ - اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder.

٦ - اضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder.

٧ - اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder.

٨ - اضطراب الحصر المعمم أو العام Generalized Anxiety Disorder.

(DSM, Iv, 1994)

### تعريف نوبات الفزع:

يعرف الدليل التشخيصي نوبات الفزع وفقاً للمعايير الآتية: -

- فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفزع الشديد الذي يظهر بدوره في أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية: -

١ - إرتفاع دقات القلب وزيادة سرعته.

٢ - العرق.

٣ - الإرتجاف.

٤ - مشاعر ضيق التنفس أو الخمود.

٥ - الشعور بالإختناق.

٦ - آلام الصدر، أو عدم الإرتياح.

٧ - الغثيان أو عدم إستقرار المعدة.

٨ - الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء.

٩ - فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات.

١٠ - الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب (بالجنون).

## ١١ - الخوف من الموت.

١٢ - تشوش الحس (والشعور بأحاسيس من التميل والوخز).

١٣ - نوبات من السخونة والبرودة (مرة بقول جسمي طالع منه صهد،

ومرة أخرى يقول حاسس إن جسمي طالع منه تلج).

• إن الأعراض السابقة (بعضها أو كلها) تظهر بشكل مفاجئ.

• إن هذه الأعراض تصل إلى قمته خلال عشر دقائق.

• أن يشعر الشخص بنوبات فزع متعاقبة غير متوقعة.

• واحدة - على الأقل - من تلك النوبات ينبغي أن تليها فترة شهر على الأقل

يعيش الشخص خلالها في قلق خوفاً من أن تعاوده نوبة أخرى.

## أنواع المخاوف المرضية:-

### ١- رهاب الأماكن المرتفعة Agoraphobia:

#### تعريفه:

هو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل، أو الدخول إلى المحال، أو الزحام، أو الأماكن العامة، أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية. ولذا فهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقه؛ حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماماً. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٠ - ١٣١)

#### معايير لتشخيص رهاب الأماكن الواسعة:

أ - القلق من أن يكون الشخص في أماكن أو مواقف يكون الهروب منها صعباً، أو أن تكون المساعدة غير متاحة في حالة حدوث نوبات زعر يتم التعرض لها على نحو غير متوقع، ومخاوف الأماكن الواسعة تتضمن مواقف متميزة مثل: إمكانية السفر بالسيارة أو القطار أو الطائرة.....

الخ

- ب - إن المواقف التي يتجنبها اشخص تؤدي إلى توتر ملحوظ، أو تكون مثيرة للقلق من حدوث نوبة ذعر، أو أعراض تشبه نوبة الذعر أو تتطلب الوجود مع الرفقاء للمساعدة.
- ج - إن القلق أو تجنب الرهاب لا يعد من الاضطرابات الفعلية الأخرى مثل: الرهاب الإجتماعي، أو الرهاب البسيط أو المحدد، أو اضطراب وسواس قهري، أو اضطراب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال. (DSM IV, 1994).

## ٢ - الرهاب الإجتماعي Social phobia:

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين؛ مما يؤدي إلى تجنب المواقف الإجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الإجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد وقد يظهر على شكل شكوى من إحترقان الوجه، أو رعشة باليد، أو عثيان، أو رغبة شديدة في التبول، ويكون المريض مقتنعاً أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلة الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٢)

### معايير تشخيص الرهاب الإجتماعي:

- أ - الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الداء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجاً ومرتبكاً أمام الآخرين، مع ملاحظة أنه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين.
- ب - التعرض لأي موقف إجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد وثابت تقريباً، والذي يتبدى في شكل أو أكثر من أشكال نوبات الذعر. مع ملاحظة أن الأطفال يعبرون عن رهابهم بالفضب أو تجنب المواقف التي تستثير لديهم وفيهم هذه المشاعر المؤلمة.
- ج - في الغالب يدرك الشخص أن خوفه غير متناسب مع المواقف التي تحدث.

- د - يتم تجنب المواقف الإجتماعية التي يخاف منها الفرد، أو التي تكون دائماً مليئة بالقلق أو الأسى على النفس.
- هـ - يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الأسى مع المواقف الإجتماعية أو الأداء المرضي للفرد في علاقاته الإجتماعية.
- و - إذا كان الفرد أقل من (١٨) سنة؛ فيجب أن نتتبع ظهور عرض أو أكثر من أعراض الرهاب لمدة (٦) أشهر على الأقل.
- ز - لا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو التعرض للعلاج النفسي عن طريق تناول أدوية نفسية) أو نتيجة حالة طبية عامة. أو المعاناة من أي اضطرابات عقلية أخرى.
- د - إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر، فإن الخوف في المعيار (١) لا يكون مرتبطاً بها، ويتحدد عمومًا ما إذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الإجتماعية، مع الأخذ في الاعتبار تشخيص اضطرابات التشخيص التجنبية (حيث تتشابه في الكثير من أعراضها ومحكات تشخيصها مع محكات وتشخيص التجنب والمخاوف الإجتماعية). (DSM IV, 1994)

### ٣- الرهاب المحدد أو البسيط Specified phobia:

#### تعريفه:

وهو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الإقتراب من حيوانا، أو الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، التبول أو التبرز في مراحيض عامة. إلخ. وبالرغم من أن الموقف المثير محدد، إلا أن التعرض له يثير رعباً كما هو الحال في حالات رهاب الخلاء، أو الرهاب الإجتماعي. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٤)

### معايير تشخيص اضطراب الرهاب البسيط:

- أ - خوف واضح وبصورة متزايدة بسبب توقع موضوع أو موقف محدد.
- ب - التعرض لمثيرات الرهاب التي تستثير استجابة القلق، والتي قد تأخذ شكل نوبة هلع، ولكن صورة موقعية (أي مرتبطة بالموقف)، مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن قلقهم بالصراخ أو بالدخول في نوبة غضب، أو الإحتماء بالآخرين (الكبار).
- ج - إدراك الفرد أن خوفه غير معقول أو متناسب مع الموقف؛ إلا أنه يدرك أيضاً أن هذا (أي الخوف) لا يستطيع السيطرة عليه.
- د - تجنب الموقف أو المواقف المثيرة للرهاب أو الإستمرار في التعرض لهذه المواقف.
- هـ - تتعارض مواقف التجنب أو توقع القلق من خلال توقعه أن يتعامل مع الآخرين، أو يتعرض لمواقف وموضوعات أخرى.
- و - ملاحظة أن الأشخاص أقل من (١٨) سنة يجب أن يستمر عرض أو أكثر من أعراض المخاوف ولمدة (٦) شهور متصلة.
- ز - لا يرجع الرهاب المرتبط بموضوع أو موقف معين إلى اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الوسواس القهري، أو نتيجة قلق الانفصال. (DSMIV, 1994)

### ٤- الفوبيا النوعية:

#### التعريف:

مخاوف غير مبررة من شيء أو موقف محدد مثل الأماكن المرتفعة والحاجة إلى تجنبها (كمثال). (Harold K., Benjamin, s, 1996)



و- حدد نوع الفوبيا:-

- فوبيا الحيوانات.
- فوبيا مثيرات البيئة الطبيعية: كالخوف من الأماكن المرتفعة، أو العواصف، أو الرعد، أو المياه.
- فوبيا الدم والحقن والإصابات.
- فوبيا المواقف (الطائرات، المصاعد، الأماكن المغلقة).
- أنواع أخرى: التجنب الرهابي للمواقف التي قد تؤدي إلى الإختناق أو القىء أو العدوى، وفي الأطفال تجنب الأصوات المرتفعة، والأشخاص الذين يرتدون ملابس تنكرية. (DSM, IV, 1994)

**تفسيرات أسباب الرهاب:**

تتمدد التفسيرات التي قدمت لأسباب اضطراب الرهاب ومن هذه التفسيرات:

**أولاً: التفسيرات الفسيولوجية:**

حيث أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أي أسباب وراثية أو عوامل جينية تكمن خلف إمكانية الإصابة بهذا الاضطراب.

- حيث أجريت دراسات عديدة على التوائم ووجدت أن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر في نقل اضطرابات الحصر وخاصةً الاضطرابات التي تتضمن نوبات الفزع، وما يرافقها من أعراض أخرى أهمها التجنب. (Kendler. et. Alm 1992)
- دراسات أجريت بهدف معرفة نسب تأثير وتأثر العوامل الجينية في إحداث اضطراب الحصر العام؛ إلا أن النتائج هنا قد تضاربت.

- في دراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية في أسر محددة، وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والإكتئاب قد تكون مرتبطة، وأن أسر معينة يشيع فيها الإصابة بالاضطراب بدليل وجود العديد من التاريخ المرضي لأقارب من الدرجة الأولى للمرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الإكتئاب واضطرابات الهلع والقلق، وإدمان الكحوليات إلى حد ملحوظ بالقارنة بأقارب الأسوياء وأقارب بمرض الإكتئاب بدون حصص. (WeissMan, 1985)

### ثانياً: التفسيرات النفسية:

#### أ - تفسير مدرسة التحليل النفسي:

وينهض التفسير على أساس أن الفرد يمانى صراعاً عصبياً بين نوازعه وغرائزه من ناحية، ومثله ومعايير المجتمع من ناحية ثانية. وبما أن الفرد عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله، وغير قادر على فضه ويخاف؛ فإن يسقط هذا الخوف الداخلي على موضوع خارجي من خلال ميكانيزم الإزاحة أو النقل. ولعل أشد الحالات التي عالجه فرويد هي حالة الطفل هانز الصغير، وكيف أنه كان يخاف من الحصان؛ (مما أدى إلى) تجنبه الخروج إلى الشارع، وقد كشف فرويد أن الحصان ما هو إلا بديل للأب.

ولا شك أن ذلك - كما يقول إيدلبرج - فقد حقق الفوائد الآتية: -

- ١ - بإزاحة رغباته إلى الحصان؛ فقد نجح هانز الصغير في أن يتخلص من الشعور بالخوف من التواجد في المنزل.
- ٢ - أن الخوف من الحصان إنما يرجع إلى كراهية من الأب منشؤها طرد الأب لهانز من الفراش.
- ٣ - المعجز عن تدمير الأب والنوم مع أمه، والمعجز عن التغلي عن هذه الرغبات، وكان على هانز أن يكتبها.



٤ - نتيجة لهذا الكبت؛ فإن المحفزات الممنوعة بقيت نشيطة في اللاشعور، حيث تظل تحت السيطر بواسطة الخوف، وبالإسقاط حيث تغيرت من "إنى أكره أبى إلى أبى يكرهنى".

٥ - إن كل ما سبق قد نجح في أن يجعل الطفل الصغير هانز يتعايش مع الأب. (رأفت عسكر، ١٩٩٠، ٣٢ - ٣٥)

ب - تفسير المدرسة السلوكية للمخاوف:

ويعتمد تفسير الاضطراب الرهابي على ميكانيزم التشريط. فالرهاب قد مر في الماضي، أو غالباً ما يكون في مرحلة الطفولة بموقف تعرض فيه الفرد لخوف شديد، ثم نسي هذا الموقف، ولكن ظل الارتباط قائماً بين هذا الموضوع وخبرة الخوف المؤلمة؛ ولذلك فإن المخاوف وخاصة حين تفرنها بخبرات سارة تحل محل الخبرات المؤلمة. ولعل تجربة (واطسون) الشهيرة، وكيفية إكسابه للطفل الصغير (البورت) المخاوف من القطط، ثم تعميم لهذه المخاوف وخشيته من أى حيوان ذات قراء خير نموذج على ذلك. (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣)

### ٣- المرأة واضطراب الهلع Panic Disorder:

اضطرابات الهلع أحد اضطرابات القلق، وغالباً ما يصاحبه خوف من الأماكن المرتفعة (أو لا يصاحبه).

#### وبائيات اضطراب الهلع:

- أوضحت العديد من البحوث أن حوالي من ١٠٪ - ١٢٪ من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي (أو الإثني عشر شهراً السابقة).
- أوضحت دراسات أخرى أن ما بين ٢٪ - ٥٪ من الجمهور العام قد انطبقت عليهم محركات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة.

- يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة)، واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة).
- كما أن الهلع قد يرافق اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة أو لا يرافقها، ولكل منها محركاتها الخاصة بها. (Mayers.et.al,1984)
- وما سبق قد أكدته دراسة أحمد عكاشة وإن اختلفت نسبة الإصابة به؛ إذ وصلت حوالي ١٥ - ٢٠٪، وقد ترتفع النسبة لتصل إلى ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب (أو تخصصات أخرى). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢٦ - ١٢٧)

### تعريف اضطراب الهلع:

وهي عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومرضية حسبما يعرف، وفق محركات نوبات الهلع في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية. وأن نوبات الهلع متقطعة ويرجع السبب في ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجي في نشاط القلق، كما أن النوبات المتقطعة في محركات التشخيص، وهو يشير إلى ظهور الهلع في أوقات وأماكن غير متوقعة، كما أن نوبات الهلع ترتبط بالهروب والإلحاح به مع ما يرافق ذلك من إمكانية رصد للعديد من العلامات والأعراض سواء أكانت جسمية أم نفسية. (مايكل كراسك، ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، ٤ - ٥).

محركات تشخيص نوبات الهلع وفقاً للدليل الرابع:

### نوبات الهلع:

فترة غير متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة تحدث فيها على الأقل أربعة من الأعراض المفاجئة الآتية، وخلال نوبة فزع واحدة على الأقل، وتصل إلى قوتها في خلال عشر دقائق، والأعراض هي: -

- ١ - زيادة في ضربات معدل دقات القلب.
- ٢ - غزارة في الفرق.
- ٣ - إرتقاء أو إرتعاش.
- ٤ - إحساس بضيق في التنفس أو إنقطاعه.
- ٥ - شعور بالصدمة.
- ٦ - ألم في الصدر أو عدم راحة.
- ٧ - قيء أو آلام في البطن.
- ٨ - الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء.
- ٩ - عدم الواقعية أو الانفصال عن الواقع.
- ١٠ - الخوف من فقدان التحكم في النفس؛ مما قد يؤدي إلى إمكانية الإصابة بالجنون.
- ١١ - الخوف من الموت.
- ١٢ - الإحساس بالحذر أو الوخز في أماكن متعددة من الجسم.
- ١٣ - الإحساس بالقشعريرة أو إندفاع الدم الحار. (DSM,IV, 1994)

### لصنيف اضطرابات الهلع:

تغير تعريف الدليل التشخيصي الرابع لاضطرابات الهلع، أو اضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المراجعة (DSM III R 1987) في:

أولاً: إستبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع، وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع.

ثانياً: أصبحت الأعراض المرضية التي تمثل النوبة أو نتائجها جزء من التعريف، وأحياناً ما يكون لدى بعض الأشخاص خوف من أماكن مفتوحة

تقليدية دون أن يجدوا خبرة هلع فعلية (مايك كراسك، ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، ص ٩). ولذا فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يحدد نوعين من اضطرابات الهلع (مصحوب أو غير مصحوب) بالأجورافوبيا.

**أولاً: معايير الدليل التشخيصي الرابع الخاصة باضطراب الهلع في المصدوبة بالأجورافوبيا:**

أ - توافر العرضين (١)، (٢).

- ١ - نوبات هلع متكررة وغير متوقعة.
- ٢ - أن يظهر عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية بعد إنتضاء شهر واحد أو أكثر من ظهور نوبة هلع واحدة على الأقل.
- ب - تخوف مستمر من الإصابة بنوبة أخرى.
- ج - إنشغال مستمر بشأن ما قد تعني النوبة أو بعواقبها مثل: فقدان السيطرة على النفس، الإصابة بنوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون.
- د - تغير ملحوظ في السلوك نتيجة النوبات.
- هـ - عدم وجود أعراض وعلامات الأجورافوبيا.
- و - ألا تكون نوبات الهلع ناتجة من الآثار الفسيولوجية المباشر لتعاطي (دواء أو مادة مخدرة)، أو مرض جسيمي (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).
- ز - ألا تنطبق على أعراض نوبات الهلع معايير خاصة باضطراب نفسي آخر، مثل الفوبيا الاجتماعية (أي لا تحدث نتيجة لمواقف اجتماعية يخشاها الفرد)، أو الفوبيا النوعية (أي موقف محدد يسبب الفوبيا)، أو الوسواس القهري (مثل التعرض للقاذورات في شخص لديه وسواس التلوث)، أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمة (مثل التعرض لمثيرات ترتبط بمعامل صادم وضغط شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال (أي نتيجة إبعاد الشخص عن منزله أو أقرابه المقربين). (DSM IV, 1994)

### ثانياً: معايير لتشخيص اضطراب الهلع المصاحب بالأجورافوبيا:

- أ - لا بد من توافر المعيارين (١)، (٢) على حد سواء:
  - ١ - نوبات هلع متكررة تظهر بصورة غير متوقعة.
  - ٢ - أن يتبع عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية نوبة واحدة من النوبات السابقة على الأقل خلال شهر واحد أو أكثر.
- ب - خوف مستمر من التعرض للمزيد من نوبات الهلع.
- ج - إنشغال البال بما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها (مثل فقدان السيطرة على النفس، أو الإصابة بأزمة قلبية، أو الإصاب بالجنون).
- د - تغير السلوك بصورة ملحوظة بعد النوبة.
- هـ - وجود أعراض الأجورافوبيا.
- ز - ألا تكون نوبات الهلع كنتيجة مباشرة لتعاطي مادة (دواء أو مادة مخدرة)، أو مرض جسمي (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).

#### أسباب اضطراب الهلع:

تتعدد الأسباب ما بين من يؤيد دور الوراثة والجينات الوراثية في إكتساب (التهيو) لإمكانية الإصابة بهذا الاضطراب مستقبلاً مدللين على وجود حالات اضطراب (مختلفة) في أسر المرضى وبين أقاربهم من الدرجة الأولى.

في حين تذهب بعض الإتجاهات الأخرى إلى ضرورة أخذ العوامل النفسية والاجتماعية والصفوط التي يتعرض لها الفرد في الإعتبار ، وما إذا كانت في استطاعته مواجهتها أم لا.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

### ٤ المرأة واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

وهو أحد اضطرابات القلق.

## وبائيات الوسواس القهري:

تتعدد وتباين وبائيات الوسواس القهري من مجتمع إلى آخر، وسوف نذكر في عجالة بعضاً من هذه البائيات.

- إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل إلى ٢٪ لدى مجموع السكان، وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهري شديدة الوضوح للدرجة التي يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد. (ب، سيلفا، ٢٠٠٠، ص ٥٩).
- وأشارت نتائج أخرى أن مرض الوسواس القهري يظهر في أكثر من ٩٠٪ من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية، أو عند إضافة الدفعات القهرية الفعلية إليها ذكر ٢٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية. (دايفيد س. رجز، إندافو، ٢٠٠٢، ص ١٤٩)
- في حين يرى البعض ضرورة التفرقة ما بين معدلات إنتشار اضطراب الوسواس القهري في الجمهور العام Population، وفي المرضى الذين يحققون المحكات التشخيصية للاضطراب من بين مرضى الطبيب النفسي بوجه عام.
- وبينت نسبة الحدوث أنها لا تزيد على (٠.٥ ٪)، وأنه لا يزيد على ١٪ من جمهور المرضى في مجال الطب النفسي سواء أكان ذلك في العيادات الخارجية، أم المرضى داخل المستشفى، وما لا يزيد على ٤٪ من كل المجموعات الرهاية.
- كما كشفت بعض الدراسات أن معدل إنتشار الوسواس القهري يصل إلى ٢.٥٪ طوال الحياة، وإتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً.
- في حين قدرت معدلات إنتشاره في بعض الدراسات بنسبة ٢٪ و ٣٪ طوال الحياة بين السكان؛ إلا أن هذه الأرقام تشير إلى الأعراض دون الوصول إلى المحكات التشخيصية.

- وفي دراسة مسحية شاملة بين معدل إنتشاره قدر بنسبة ٢,٦٪، وأن نسبة تتراوح بين ١٠٪ و ١٥٪ من طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك (التكرار)، وأن هذا السلوك يكفي لإدراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس القهري.
- وفي إحصاء قومي أجرى في الولايات المتحدة الأمريكية إتضح أن اضطراب الوسواس القهري أكثر إنتشاراً بمقدار ٥٠ إلى ١٠ مرة كان يعتقد سابقاً، وأن إنتشار إنتشاره مدة ستة أشهر يصل إلى ١٦٪، وإنتشاره طوال الحياة (٢,٥٪)، وأن معدل إنتشار اضطراب الوسواس القهري ضعف معدل إنتشار الهلع والفصام.
- كما كشفت دراسة مسحية أجريت في كندا وتناولت ٣,٢٥٨ فرداً، وجد أن معدل اضطراب الوسواس القهري طوال الحياة يصل إلى ٣٪.
- وفي دراسة مسحية تناولت خمسة آلاف طالب وطالبة من طلاب الجامعة؛ إتضح أن (١١٤) منهم (٨٪) لهم درجات أعلى من المعدل (السوي)، وحين تمت مناظرة هؤلاء الطلاب (ن-١١٤) مع مجموعة من الأطباء النفسيين؛ ظهر أن ١٥ طالب (٢,٠٪) من الخمسة آلاف طالب قد حققوا المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي المراجع DSM III R.
- وفي دراسة قام بها المعهد القومي للصحة النفسية شملت خمسة ولايات في أمريكا، وتناولت أكثر من ١٨,٠٠٠ شخص تمت مقابلتهم في منازلهم؛ وجد أن نسبة إنتشار اضطراب الوسواس القهري قد تقع ما بين ١,٩٪ و ٢,٣٪ في المجتمعات الخمس، ويعد معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠٪.
- وفي دراسة أخرى وجد أن ما بين ٦,٤ ملايين نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يعانون من هذا الاضطراب.

- ووجد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV, 1994، واعتماداً على نتائج العديد من الدراسات المسحية الوبائية بأن ٢,٥٪ يعانون من اضطراب الوسواس القهري طوال الحياة، أما معدلات حدوثه في عام واحد فقط تتراوح ما بين ١,٥٪ و ٢,١٪ (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ١٤٠ - ١٤٣)، (DSM IV, 1994)، (Kyvrios, et al., 1994)
- وهي أرقام تقترب مما ذكره أحمد عكاشة؛ فقد وجد في أبحاثه أن نسبة اضطراب الوسواس القهري بين المترددين على عيادات الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس حوالي ٢,٦٪، وهو يمثل حوالي ٤٪ من مجموع الاضطرابات العصابية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٦)
- وفي دراسات أخرى لأحمد عكاشة وزملائه وجد التي:-  
أولاً: نسبة الإجتراح اوسواسي في نسبة ٥١٪ من الحالات.  
ثانياً: المخاوف الوسواسية في نسبة ٤٨٪ من الحالات.(من خلال وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ص ٢٤ - ٤٠)
- في حين رصدت بعض الدراسات أن أهم الأعراض التي تظهر لدى العينة المصرية التي تتردد على إحدى العيادات النفسية (من المصريين والأجانب)، وان هذه الأعراض تأخذ الأشكال الآتية (مرتبة ترتيباً تنازلياً، وإن كان الباحث لم يحدد نسبة كل عرض):
- ١ - أفكار تسلطية دينية ومنها الإجتراح الذي يتصل بالأسئلة التي لا يمكن الإجابة عنها عن الذات الإلهية والمقدسات عموماً.
- ٢ - أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث.
- ٣ - أفكار تسلطية جنسية.
- ٤ - أفكار تسلطية تتعلق بالمرض والعدوى.
- ٥ - أفكار تسلطية تتعلق بالإنضباط والإلتزام والترتيب.
- ٦ - أفكار تسلطية عدوانية. (من خلال وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ص ٢٤)
- ونظن أن كثرة الدراسات الوبائية حول إنتشار هذا الاضطراب تعكس الآتي:
- أ - الإهتمام المتزايد من قبل الباحثين بهذا الاضطراب.



- ب - وجود العديد من مظاهر هذا الاضطراب بصورة كامنة لدى الجمهور العام (أي الذي لم يتقدم للشكوى من هذا الاضطراب أو غيره في العيادات النفسية).
- ج - أن الكثير من الجمهور العام إذا تم فحصه جيداً؛ فإنه يكشف عن إمكانية أن تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الاضطراب.
- د - أن هذا الاضطراب منتشر أكثر مما قد عكسته الأرقام السابقة.
- هـ - ضرورة الأخذ في الاعتبار أن هذا الاضطراب قد (يتوارى) ويختفي خلف أحد الأعراض الأخرى.
- و - أنه ليس من المتوقع أن الشخص حين (يخبر) في نفسه بعضاً من أعراض هذا المرض؛ فإنه يتقدم من تلقاء نفسه (ومبكراً) لتلقي العلاج.

### تعريف الوسواس القهري:

- الوسواس القهري عبارة عن اضطراب عصابي يتميز بالآتي:
- ١ - وجود وسواس في هيئة أفكار أو إنذاعات أو مخاوف.
  - ٢ - وجود (أعراض) قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.
  - ٣ - يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس أو لامعقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الإهتمام.
  - ٤ - محاولة المريض المستمر لمقاومة هذه الوسواس أو عدم الإستسلام، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
  - ٥ - إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس أو قوتها القهرية عليه؛ مما يترتب عليه شلله الإجتماعية وآلام نفسية وعقلية شديدة.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٦ - ١٣٧)

### استطراء حول تعريف الوسواس القهري:

مر تعريف الوسواس القهري في الدليل التشخيصي بعدة محطّات نجملها فيما يلي:-

- تم تعريف الوسواس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول (DSM I, 1952) والثاني (DSM II, 1968) بأنه زملة أعراض قصيرة وغير محددة.
- وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM III, 1980)، والثالث المراجع (DSM III R, 1987) تم تحديد مخكات معينة لاضطراب الوسواس القهري، حيث تم التفرقة ما بين الأفكار والأفعال أو الدفقات القهرية، وإن الدليل الثالث المراجع قد عكس ثلاث وجهات نظر تقليدية لاضطراب الوسواس القهري وهي:

- ١ - الوسواس أحداث عقلية والدفقات أحداث سلوكية.
  - ٢ - قد تحدث لوسواس والدفقات القهرية معاً أو منفصلة عن بعض البعض.
  - ٣ - يدرك الأفراد دائماً دائماً أن أفكارهم الوسواسية ودفقاتهم القهرية ليس لها معنى.
- وقد ثارت العديد من المناقشات والدراسات والأبحاث حول الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وما إذا كانوا (هم) يدركون أن أفكارهم التي تسيطر عليهم لا معنى أو بدون معنى.
  - أدت الدراسات والمناقشات السابقة إلى حدوث العديد من التعديلات المقترحة في الدليل التشخيصي الرابع (DSM IV, 1994) خاصة مسألة إفتتاح الشخص بأن أفعاله التي يقوم بها ليس لها معنى، وأنه عند نقطة معينة يدرك الشخص (لا معقولة أفكاره) و (لا معقولة ما يقوم به من أفعال).
- (دايفيد رجز، إيدناها، ٢٠٠٢، ٤٧٢ - ٤٧٦)

معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري: (وفقاً للدليل التشخيصي الرابع)

يصف الدليل اضطراب الوسواس القهري من خلال تضمينه الخصائص الآتية: -

١ - الخصائص الجوهرية فيه هي التواتر المستمر للوساوس والأفعال القهرية وتشخيصه يجب أن يكون لدى الشخص إما وساوس أو أفعال قهرية.

٢ - أن تكون هذه الوسواس متكررة بشكل مستمر وأفيكاو لا يمكن مقاومتها وطوب ذهنية ودفعات تقمهم رغماً عن الشخص الشعور (رغم أنها تبدو بقبضة. وغير مفقولة إلا أن الشخص يدرك أنه لا إرادة له في استدعاء مثل هذه الأفكار).

٣ - تبدو الأفعال القهرية متكررة وفي شكل سلوك هادف، وتمارس وفق راسل بعد معينة أو بطريقة نمطية، وهي تظهر بل ويضطر الفرد إلى ممارستها نتيجة إحساسه بالقهر وبالرغبة في المقاومة، وهذا السلوك غير المقصود في حد ذاته ولكنه يهدف إلى إنتاج بعض المواقف أو منع حدوثها.

٤ - تسبب الوسواس والإفعل القهرية عجزاً في أداء الشخص، كما تؤدي إلى شعوره بالأسى على النفس.

٥ - أن تكون الوسواس والأفعال ناتجة عن أي اضطرابات أخرى (مثل الإصابة بالفصام)، أو أي اضطرابات عضوية أو وجدانية كبرى.

(DSM IV, 1994)

**الوساوس:** الوسواس عبارة عن أفكار مقتحمة وغير مرغوبة، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها.

وتتعدد الوسواس وفقاً للمحركات الأربعة الآتية:

١ - أفكار أو دفعات أو صور ذهنية متخيلة، تتكرر وتعاود الفرد رغماً عنه، وتستمر في ذلك، يجدها الفرد ويمر بها في مرحلة متخيلة من مراحل اضطرابه على أنها (مقتحمة) لعقله بالرغم من أنها غير مقبولة، فضلاً عن أنه يتسبب عنها فردي من القلق والتضييق والظرف الذي يتبدى على ملامح الفرد.

- ٢ - لا تعد الأفكار أو الدفوعات أو الصور الذهنية إنزعاجاً زائداً من مشكلات الحياة اليومية (الجارية).
- ٣ - يحاول الفرد أن يتجاهل أو (ينسى) مثل هذه الأفكار أو الدفوعات أو الصور الذهنية؛ إلا أنه يفشل (بالرغم من أنه يحاول أن يعادلها أو يقرنها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى حتى لا تكون في صورتها الواضحة؛ إلا أنه يفشل أيضاً في ذلك).
- ٤ - يصل الفرد إلى يقين بأن الأفكار الوسواسية والدفوعات والصور الذهنية نتائج لفعله الشخصي هو (ولمست مفروضة عليه من قبل جهات أو مؤسسات وجودة في الخارج، وهذا يفرق بوضوح ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهذات والضلالات في مرض الفصام مثلاً).

### الأفعال القهرية:

وتتم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو في صورة سلوك عرضي وهي تمارس، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر، ويقاومها الشخص عموماً، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وعلى الرغم من مقاومتها؛ فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص. كما يعد (السلوك الطقسي) من الأفعال القهرية والشائعة، وهو يتضمن المراجعة والأغتسال والنظافة، وتتضمن أنماط السلوك القهري الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب (بدي- سيلفا، ٢٠٠٠، ص ٦٠ - ٦١)

### ويمكن تشخيص الأفعال القهرية وفقاً للمحركات الآتية:

- ١ - السلوك المتكرر (مثل: غسل اليدين، الترتيب، المراجعة)، أو الأفعال العقلية (مثل: العد، تكرار الكلمات بشكل صامت) التي يشعر الفرد بأنه مجبر على القيام بها إستجابة لوسواس أو تبعاً لقواعد ينعين إتباعها بالنص (أو وفقاً للمصطلح الشائع: كما أنزلت).

- ٢ - يهدف السلوك أو الأفعال العقلية إلى منع حالة الضيق أو الكرب في محاولة للتقليل منها، أو إلى منع حادث أو موقف صادم، ومع ذلك فإن هذا السلوك؛ إما أنه غير مترابط (مع غيره من السلوكيات الأخرى، وإما أنها زائدة بشكل مفرط).
- ٣ - يسلم الفرد في مرحلة معينة من مراحل الاضطراب بأن الأفعال التي يقوم بها بالغة التعقيد وغير معقولة أو أنه (يفرط) فيها. ملحوظة: هذا المعيار لا ينطبق على الأطفال.
- ٤ - إن الأفعال القهرية (مثلها بالظبط مثل الوسواس) تسبب ضيقاً للفرد لأنها: تستهلك طاقة ومجهود الشخص، وتستهلك وقتاً طويلاً، تؤثر كثيراً في الروتين اليومي للشخص، تؤثر في ممارسة الشخص للعديد من أنشطته الذاتية أو الاجتماعية في علاقاته مع الآخرين.
- ٥ - لا يعد الاضطراب ناتجاً من تأثيرات فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة (إساءة استخدام المواد المخدرة، أو يكون الشخص واقعاً تحت تأثير تناوله لبعض العقاقير النفسية)، أو نتيجة لحالة طبية عامة. (DSM IV, 1994)

#### أهم الملامح الرئيسية للمضطربين باضطراب الوسواس القهري:

- رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح المضطربين بالوسواس القهري في السمات أو الملامح الآتية:
- ١ - التجنب: ويقصد به أن الكثير من المضطربين باضطراب الوسواس القهري غالباً ما يأخذ سلوكهم سلوك التجنب المعروف في حالات الفوبيا، كما يتعلق أيضاً بالتجنب بالمنبهات، أو القيام بالسلوك الذي يتضمن إمكانية إطلاق الوسواس أو الأفعال القهرية.
  - ٢ - الخوف من الكوارث: إذ يذكر معظم الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري خشيتهم من إمكانية التعرض لكوارث سوف تحدث إذا هم أهملوا القيام بسلوكهم القهري. مثال: غسل اليد بطريقة قهرية لمنع وقوع حادثة ما.

- ٣- المقاومة: إعتبرت مقاومة الوسواس والأفعال القهرية خاصةً محورية في عصاب الوسواس القهري، وإذا كان بعض الأشخاص (يحاولون المقاومة ويستمررون فيها)؛ فإن البعض الآخر من المرضى يعتقدون بأنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية، ويبدو الأمر وكأنهم قد توقعوا عن المقاومة واستسلموا تماماً للواقع.
- ٤- السعي للحصول على تأكيدات: يلجأ كثير من مرضى الوسواس القهري للسعي الدائم للحصول على تأكيدات من أفراد الأسرة (التأكد من إغلاق صنابير المياه مثلاً)، وعندما يحصل المريض على التأكيدات التي يطلبها (من الآخرين أو يقوم هو بها) يشعر بالتحسن؛ إلا أنه بعد فترة يتكرر طلب التأكيدات.
- ٥- المقاطعة: عندما ينخرط مرضى الوسواس القهري في سلوكهم القهري؛ فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهى الدقة وبدون مقاطعة، وإذا حدثت المقاطعة (أي حدث ما يجعله يتوقف عن القيام بسلوكه القهري)؛ فإنه يبدأ من جديد.
- ٦- تأمل الأفكار: يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة لاضطراب الوسواس القهري، إذ يظل الشخص في حالة (طرح) أسئلة على نفسه و(طرح) احتمالات و(إنشغال دائم ومستمر) بالتفكير في موضوع فلسفية مثل: هل هناك حياة بعد الموت؟ وغيرها من هذه التساؤلات. (ب. دي. سلفيا، ٢٠٠٠، ٦٣ - ٦٥)

#### علاقة اضطراب الوسواس القهري بغيره من الاضطرابات:

الحقيقة التي يجب أن نذكرها هنا أن اضطراب الوسواس القهري قد (يتماهى) أو (يتداخل) مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. ولذا سوف نذكر في عجالة سريعة بعض الاضطرابات النفسية والفعالية والانحرافات السلوكية التي قد يتداخل معها اضطراب الوسواس القهري.

### أولاً: الدلائل التشخيصية من اضطراب الإكتئاب:

في كثير من الحالات يجد الطبيب النفسي أعراض الوسواس القهري مع اضطراب الإكتئاب الجسيم، ولكن أعراض اضطراب منهما تكون الغالبة على الصورة المرضية وهي سبب شكوى المريض الأولية. ولذا يكون هناك ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل هي:

- ١ - إن اضطراب الإكتئاب الجسيم يمكن أن يشتمل على أفكار وسواسية أو أفعال قهرية كجزء من أعراض اضطراب الإكتئاب نفسه.
- ٢ - إن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يشتمل على أعراض إكتئاب كجزء من أعراض الوسواس القهري نفسه.
- ٣ - إن الاضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معاً في المريض نفسه في الوقت نفسه. وأن الكثير من الدراسات قد أشارت إلى هذا التداخل.

(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ١٥٢ - ١٥٣)

(Karno.et. al., 1988)

### ثانياً: الدلائل التشخيصية من حالات اضطراب توهم المرض

وجدت العديد من الدراسات والملاحظات حدوث تداخل بين تشخيص اضطراب الوسواس القهري واضطراب توهم المرض Hypochondriacal Disorder. وذلك من خلال توهم المريض أنه يعاني من بعض العلل البدنية من خلال (تسلط) فكرة أساسية عليه خلاصتها أنه يعاني من مرض (بدني) خطير، وغالباً ما تبدأ الحالة عقب قراءة أو سماع الشخص لبعض الأمراض.

(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ١٧٤)

### ثالثاً: الدلائل التشخيصية من أمراض المناعة العصبية:

والأمراض العصبية للمخ قد تشمل العديد من الاضطرابات التي تعكس العديد من حالات (الشذوذ) في المخ، ويطلق عليها الآن إسم: الاضطرابات المعرفية Cognitive Disorder على أساس أن كل الأمراض النفسية حسب الفهم

الحالي للأمور في أمراض المخ العضوي. فمثلا في حالات مرض الشلل الرعاش أو باركينسون Parkinson's Disease، وكذلك بعض حالات ما بعد إلتهاب المخ الفيروسي Post encephalitic، وبعض حالات الصرع وغيرها من الحالات قد يعاني المريض طقوساً قهرية إلا أنه مع الفحص الدقيق يمكن (التفرقة والفصل) ما بين هذه الاضطرابات العضوية واضطراب الوسواس القهري من عدة وجوه. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ٢٨١ - ٢٨٣)

#### رابعاً: النواخل التشخيصي في اضطرابات الطعام:

خاصة مرض الشره العصابي للطعام، أو مرض فقدان الشهية للطعام حيث نجد الملمح الأساسي في كلا الاضطرابين من اضطرابات الطعام، ووجود ما يمكن أن نسميه (الإنشغال الوسواسي القهري بالتحافة) أو (الإنشغال الوسواسي القهري بالطعام وتناوله)، ثم (الإنشغال بكم السعرات الحرارية)، ثم الرغبة (في القيام بفعل التقيؤ) حتي لا يصل (الوزن) إلى الدرجة التي لا يرغبها الفرد. ويجب في كل الأحوال التفرقة ما بين اضطراب الطعام، واضطراب الوسواس القهري. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ١٨٧ - ١٩٢)

#### خامساً: النواخل التشخيصي في اضطرابات اللوازم الحركية:

اضطراب اللوازم لا شك أنه يتصف بوجود العديد من اللوازم سواء أكانت حركية أو صوتية، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه (اللوازم) تعيل إلى (التكرار) و (الإلزام والقهر)، ولذا غالباً ما نجد تداخلا ما بين هذه (اللوازم) وبين العديد من الأفكار والأفعال القهرية بيد أن (الفحص الدقيق) يكشف عن التفرقة بين كلا النوعين من الاضطراب. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ٢٨٥ - ٢٨٧)

#### سادساً: النواخل التشخيصي في إهاب التشوه:

مريض اضطراب التشوه الجسدي Body Dysmorphic Disorder فإن المريض هنا يعاني من فكرة تسلطية أو وسواسية خلاصتها أنه يعاني من تشوه



في منطقة معينة من مناطق حسده (وخاصة الوجه)، وقد يكون التشوه في الأنف، الشفتان، الثدي، الأرداف، وبالتالي يزور عيادة الجراح ويتكلم معه في إحساسه بأن أنفه مثلاً كبير أكثر من اللازم، ومعوج بشكل أو بآخر.... إلخ وقد يقوم الطبيب الجراح بإجراء الجراحة إلا أن الأمور (من الناحية النفسية) تظل (مقلقة) بالنسبة للشخص (لأن المشكلة ليست في الأنف أو الشفتان بل في إدراك الشخص لها). (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ٢٨٧ - ٢٨٨)

### سابعاً: الداخل الشخصي مع اضطراب الفصام:

تم ملاحظة الكثير من الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام، كما لوحظت الأعراض الذهانية في اضطراب الوسواس القهري، ولذا لا بد أن نفرق ما بين الوسواس والضلالات Delusions. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٢٤٦ - ٢٥٠)

### ثامناً: الداخل الشخصي مع اضطرابات الإنذاعية:

يحدث تداخل ما بين محركات تشخيص اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الإنذاعية والذي يأخذ العديد من اصور مثل: هوس السرقة، المقاومة المرضية، هوس نتف (أو نزع) الشعر، هوس إشعال الحرائق..... إلخ. لذا لا بد من البحث عن محركات تشخيص كل اضطراب على حده. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٢٤٥ - ٢٤٦)

كما نستطيع إيجاد تداخل تشخيص ما بين الوسواس القهري والإدمان، والاضطرابات الجنسية، وغيرها من الاضطرابات. (Foa et al., 1982)

## أسباب الوسواس القهري:

### أولاً: العوامل الوراثية:

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في منع نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يمانون من نفس المرض، كذلك الأخوة والأخوات، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يمانون من الشخصية القهرية. وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة يحوالي ٣٠٪ (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٧)

### النظريات النفسية:

#### ١- نظرية التحليل النفسي:

حيث يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم (تثبيت) Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي؛ نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام، ويحدث الصراع خلال التدريب على الحمام بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جمة تبعاً لإرادته، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات.

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك، وعندما يكون هذا التدريب مبكراً جداً، أو متأخراً جداً، أو عندما يمر الطفل بخبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً؛ فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري.

## ب - النظرية التحليلية للفرويديون المحدد:

حيث ننظر لمرض الوسواس القهري على أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للإشمئزاز بشدة، والصراعات التي كبتت وتهدد أن تقتحم الشعور بما يضع الفرد في خطر الوقوع فريسة الوسواس، ويتقبل الدفاع بواسطة كل من الإزاحة والإبدال، ويمده ذلك بآلية مباشرة للراحة، وأن (تقاليد وعادات المجتمع) لها دور في ذلك. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٧٣ - ٢٧٨)

## ج - النظريات السلوكية:

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوكاً متعلماً، ثم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي تؤدي إليها، واحدى هذه النتائج هو خفض القلق والخوف، ومن ثم فإن إكتشاف ذلك - بالنسبة للفرد - يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك. (واثل أبو هندي، ٢٠٠٣، ص ١٤٤)

## د - النظريات المعرفية:

يفترض أصحاب هذه النظرية أن مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التنفيذ الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سياق وأفعال معينة، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة/ عدم المضاهاة، وأن لديهم زيادة في إشارات الخطأ والتي لا يمكن خفضها من خلال المخرجات السلوكية وتولدها عقد عصبية قاعدية، ولذا فإن مرضى الوسواس القهري حين يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية؛ فإنهم يزيدون من تقدير احتمال حدوث العواقب المضرّة، وأن هذه التوقعات المرتفعة جداً لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٨٩ - ٢٩٥)

ونكتفي بهذا القدر من التفسيرات...

## ٥. المراة واضطراب الضغوط التالية على الصدمة Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

### وبائيات اضطراب الضغوط التالية على الصدمة:

تقدر العديد من ادراسات والأبحاث أن وبائيات هذا الاضطراب كالآتى:-

- نسبة الإنتشار تقدر بـ ١ إلى ٣٪.
- وأن نسبة الإناث للذكور ٣:١.
- وأن سن بداية الاضطراب أي سن ما في ذلك مرحلة الطفولة.

(Kaplan. & Sadock.B. 1996)

في حين أوردت دراسة أمريكية أن ٥٤٪ من عينة بلغت (٣٨٠٠) من طالبات الجامعة في ولايات متعددة قررت أنهن أصبحن ضحايا بشكل أو آخر من الجرائم الجنسية، وتحقق ١٥٪ من هذه الخبرات المحكمات القانونية التي يعدها جرائم إغتصاب.

• وفي دراسة أخرى تناولت (١٠٠٧) من الراشدين؛ وجدت أن أكثر من ثلث العينة (٣٩.١٪) قد خبروا حادثاً صدمياً واحداً على الأقل طوال حياتهم. ومن أمثلة هذه الحوادث التي قرروها: إصابة فجائية، حادثة خطيرة، إعتداء جسسي، مشاهدة موت شخص ... إلخ.

• في حين وجدت دراسة أخرى تناولت (٣٩١) إمراة أمريكية راشدة أن أكثر من ٧٥٪ من أفراد العينة ضحايا جريمة واحدة على الأقل، وقررت الغالبية أنهن تعرضن لجرائم متعددة، وأن معدلات الحوادث الصدمية تعددت ما بين: إغتصاب كامل إلى محاولة تحرش، إلى سرقة، إلى السطو على المنزل ليلاً.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ٩٦ - ٩٩)

## مفهوم الضغوط Stress:

الضغوط أو الإنعصاب مصطلح مشتق و مستعار من علم الفيزياء، ويشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، والمصطلح يشير في علم النفس إلى درجة عالية ومرتفعة من الضغط تقع على كاهل الإنسان، وأن استمرار التعرض لمثل هذه الضغوط، أو زيادة حدتها فوق طاقة الإنسان؛ تؤدي في النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد. (Mitchell & Everly, 1996, p.6)

في حين أن المرجع أخير يقرر أن مصطلح الضغوط أو الإنعصاب من الممكن أن يكون قريباً من مصطلح الحادث الصدمي Traumatic events، وقد اشتق من ذلك ما يسمى بعلم الصدمة Traumatology وهو علم يختص بالراسية العلمية للآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على استمرار الضغوط (بغض النظر عن نوعها) على الفرد.

متى بدأ مصطلح الضغوط التالية للصدمة في الظهور:

بحسن بنا أن نشير في عجالة إلى عدة حقائق:

- ١ - أنه قبل عام ١٩٨٠ لم يكن هذا المصطلح له وجود في الطبعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي الأول والثاني.
- ٢ - في عام ١٩٨٠ تجمع عدد من الأسباب والدلائل و الملاحظات جعلت من أعضاء رابطة الأطباء النفسيين أن تفرد تصنيفاً تشخيصياً مستقلاً يجمع بين أعراض هذا الاضطراب في فئة مستقلة.
- ٣ - أنه بالنظر في الطبعة الأولى والثانية كان يتم التعبير عن مصطلح الضغوط التالية للصدمة بمصطلحات من قبيل: رد الفعل الواضح، الاضطراب الموقفي العابر، ولكن بدون أن يصنف كقصاص.
- ٤ - أما عن الأدلة التي جعلت أعضاء الرابطة يقررون تخصيص فئة تشخيصية لهذا الاضطراب (بداية من الطبعة الثالثة) فكانت عبارة عن الأدلة الآتية:

- أ - التراث التاريخي الذي تراكم عبر القرون مشيراً إلى زملة مرضية تالية للكوارث والحروب بصفة خاصة.
  - ب - الملاحظات التي سجلت عبر التاريخ لغير المتخصصين وأكثرتها مشاهدات المتخصصين فيما بعد عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة.
  - ج - تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت إسم واحد اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
  - د - الحالات النفسية المضطربة والنتيجة عن حروب كبرى حدثت في إياية القرن العشرين، وأهمها الحرب العالمية الأولى والثانية، والحرب الكورية، وحرب فيتنام.
  - ر - دلائل الاضطراب الواضحة على الأفراد الذين خاضوا تجربة الحروب، وظهور أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على إنتهاء اشتراكهم في هذه الحروب.
  - ز - إرتفاع معدلات حدوث جرائم الإغتصاب، ومعاناة الضحايا من أعراض اضطراب محددة تالية لهذه الصدمة.
  - و - إرتفاع معدلات إنتشار العنف والانحراف في كل من المنزل والطريق.
  - م - بداية الإهتمام بدراسة الضغوط الشديدة ذات المصدر الداخلي (كالإصابة بالسرطان)، والضغوط الإجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجي (كفقد العائل).
  - ي - التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمرون بحادث مدمي على الرغم من الإختلاف الشديد في نوعية هذا الحادث: الحرب، الكوارث الطبيعية، الإغتصاب، الإصابة بالسرطان.... وغيرها.
- (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ١٧٦ - ١٧٧)

## المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً للدليل الرابع:-

- أ - يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي؛ بحيث يوجد الميعاران التاليان:
- ١ - أن يتعرض الشخص لحادث أو أحداث تتطوي على الموت أو على احتمال التعرض له، أو التعرض له أو لإصابة خطيرة، أو بخطر يهدد سلامة بدنه، أو أبدان الغير، أو أن يشاهد مثل هذه الأحداث، أو أن يواجهها.
  - ٢ - أن تتسم إستجابة الشخص للحادث بالخوف الشديد والعجز والرعب.
- ملحوظة: قد تتصف إستجابة الطفل للحادث بتقكك السلوك أو الفوران بدلا من المظاهر الأخر.
- ب - أن تعاود الخبرة الصادمة الشخص بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية:
- ١ - إسترجاع متكرر للحادث يفرض نفسه بشكل مزعج، ويشمل التخیلات والأفكار والإدراك الحسي.
  - ملحوظة: قد يعيد الطفل الصغير عن إسترجاعه لوقائع الحدث باللعب المكرر الذي يدور حول موضوع الصدمة أو جوانبها.
  - ٢ - أحلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث.
  - ملحوظة: يصاب الأطفال الصغار بأحلام مخيفة دون تذكرهم لمحتوياتها.
  - ٣ - التصرف أو الإحساس بطريقة توحي بأن الحادث الصادم يتكرر مرة أخرى، بما في ذلك الشعور بأنه يمر الخبرة مرة أخرى، والخداعات والهلاوس، ونوبات إرتجاع الذاكرة الإنفصالي، بما في ذلك تلك التي تحدث أثناء اليقظة وفي حالات السكر أو إختلال الوعي.

٤ - الشعور بمعاناة نفسية شديدة عند التعرض لمؤثرات داخلية أو خارجية ترمز للحادث أو تشبه جوانب منه.

٥ - سرعة ظهور الإستجابات الفسيولوجية عند التعرض للمؤثرات السابقة.

ج - المواظبة على تجنب المؤثرات المرتبطة بالصدمة، وتبذل الإستجابات بصفة عامة (شريطة عدم وجوده قبل التعرض للصدمة)، كما يتضح من وجود ثلاثة معايير أو أكثر من المعايير التالية:

١ - تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة أو التحدث عنها.  
٢ - تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص التي تستثير ذكريات الصدمة.

٣ - عدم القدرة على إسرتجاع جانب مهم من جوانب الصدمة.  
٤ - تضائل ملحوظ في الإهتمام بأنشطة مهمة أو بالمشاركة فيها.  
٥ - الشعور بالانفصال عن الآخرين والإبتعاد عنهم.  
٦ - تقلص الإنفعال (عدم القدرة على الشعور بالحب).  
٨ - تقلص أبعاد المستقبل (مثل: عدم توقع الإتحاق بعمهنة أو الزواج أو الإنجاب أو البقاء على قيد الحياة مدة معقولة).

د - أعراض الإثارة المستمرة، التي لم تكن موجودة قبل التعرض للصدمة، كما يتضح من توافر اثنين أو أكثر من المعايير التالية:

١ - صعوبة بدأ النوم والإستمرار فيه.

٢ - العصبية ونوبات الغضب.

٣ - صعوبة التركيز.

٤ - اليقظة المفرطة.

٥ - استجابة جفول زائدة.



- هـ - أن يستمر الاضطراب (أعراض ب، ج، د) لمدة لا تزيد على شهر.
- و - أن يسبب الاضطراب معاناة إكلينيكية ملحوظة، أو إختلال الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الأخرى المهمة.
- حدد ما إذا كان الاضطراب:

- حادثاً: إذا كانت مدة ظهور الأعراض تقل عن ثلاثة شهور.
- مزمنًا: إذا كانت مدة الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر.
- حدد ما إذا كانت: بداية الاضطراب متأخرة: أي إذا بدأت الأعراض بعد مرور ستة أشهر على الأقل على التعرض للصدمة.

#### محكات تشخيص اضطراب الضيق الحاد:

- أ - يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم وتظهر عليه كل من الآتي:-
- ١ - أن يمر الفرد بخبرة صادمة أو شاهد أو واجه حدثًا تضمن الموت أو التهديد بالموت، أو الإيذاء، أو تهديد السلامة الجسمية ذاته أو الآخرين.
- ٢ - تضمن إستجابة الفرد بالفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب.
- ب - تظهر لدى الفرد، أو أثناء وقوع الحادث الضاعط أو عقبه مباشرة، أربعة على الأقل من الأعراض الآتية:-
- ١ - الذهول (إلى درجة الغيبوبة عمن حوله)، ويبدو عليه أنه غير واع عما يدور حوله.
- ٢ - إدراك البيئة كما لو كانت غير واقعية.
- ٣ - إختلال الإحساس بالذات، أي كما لو كان الفرد يلاحظ نفسه من الخارج (الإنفصال عن الذات).

- ٤ - الإحساس الذاتي (كما لو كان مخدراً)، ويظهر ذلك في غياب الإستجابة الإنفعالية، أو الشعور بالإنفصال عن الآخرين.
- ٥ - فقدان الذاكرة، أي عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة الضاغطة المؤلمة
- ج - يظهر لدى الفرد، إما إنشاء وقوع الحادث الضاغط الصادم، أو عقبه مباشرة ثلاثة من الأعراض الآتية (أعراض القلق أو غيره):
  - ١ - خبرة مرعبة مفاجئة من الخوف أو القلق.
  - ٢ - الإستثارة الإنفعالية الزائدة، وتتضمن صعوبة في التركيز، الإنتباه المفرط، الإستجابة المفاجئة والمبالغ فيها.
  - ٣ - ظهور العديد من الأعراض أو العلامات الجسمية مثل: الرعشة، سرعة التنفس (النهجان)، سرعة دقات القلب المتوالية، توتر العضلات، الإرهاق، الشعور بالإجهاد والوهن.
  - ٤ - أن تقتحم ذاكرته الأحداث أو الذكريات المرتبطة بها الصدمة.
  - ٥ - المعاناة من عرض أو أكثر من أعراض اضطرابات النوم.
  - ٦ - سرعة الغضب.
  - ٧ - إثارة نفسية حركية.
  - ٨ - الشعور باليأس وفقدان الأمل.
  - ٩ - الإنطواء الإجتماعي (أو الإنسحاب من الأنشطة الإجتماعية).
- د - يؤدي الاضطراب إلى ضعف واضح أو ضيق، ويكشف عن نفسه في المظاهر الآتية: -
  - ١ - يتعارض بوضوح مع الأنشطة والمهام الإجتماعية أو المرضية.
  - ٢ - يعوق الفرد عن إمكانية متابعة الواجبات والمسؤوليات الضرورية مثل: الحصول على المساعدة الطبية، أو القانونية، أو حشد إمكاناته الشخصية لكي يبلغ أفراد أسرته بالخبرة الصادمة.

هـ - سيستمر الإنزعاج والتوتر على الأقل للمدة أربع أسابيع (عندما يجب القيام بعملية التشخيص و يصنف في هذه الحالة تصنيف مؤقتاً وقبل أن يحرز الفرد الشفاء التام).

و - هذا الإنزعاج لا يرجع إلى نتائج تناول الشخص لمادة (مادة مخدرة) أو أي اضطراب نفسي (تناول أدوية نفسية)، أو أي أعراض مرضية أخرى. (DSM, IV, 1994)

ملحوظة: يضيق المقام عن إستعراض محكات التشخيص الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل الرابع مقارنة مع الدليلين الثالث (DSM III, 1980)، والدليل التشخيصي الثالث المراجع (DSM III R, 1982) لكن نتيجة للعديد من الملاحظات والدراسات، ولكي تكون هذه الفئة قريرية مما هو مذكور في التصنيف الدولي العاشر للأمراض، والذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD10, 1994)، قد تم إدخال العديد من التعديلات ظهرت في الطبعة الرابعة مثال:

- هي العبارة التي تصف العنصر الضاغط Stressor في المحك (I) من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل، ونصها: "خارج مدى الخبرة الإنسانية المعتادة" قد حذفت لأن صياغتها غير دقيقة، وما تثيره من (أفكار) قد لا يكون متفق عليها. وبدلاً من هذا المحك السابقة فإن المحك (P - C) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتطلب أن تكون إستجاب الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة درجة عميقة من كل من: الخوف Fear، والعجز Helplessness، أو الرعب Horror (DSM IV, 1994.p.783)

وغيرها من التعديلات والتي أوردنا منها مثالا للدلالة على هذا المنظور التطوري لفئات التشخيصية، وإجراء التعديلات بها كلما أثبتت الدراسات و الملاحظات ذلك.

الاضطرابات الأخرى التي من الممكن أن تتداخل في فئة اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

أوردنا هذا الجزء لبيان أمرين:

الأول: أنه من النادر أن يوجد اضطراب الضغوط التالية للصدمة في حالة (نقاء) أي بمفرده.

الثاني: أن الأبحاث والدراسات قد أثبتت تداخل هذا الاضطراب مع غيره من الاضطرابات الأخرى سواء أكانت نفسية أم عقلية، أم اضطرابات شخصية أم إنحرافات سلوكية.

حيث يتداخل هذا الاضطراب مع الفئات التشخيصية الآتية: -

أ - الإكتئاب الجسيم Major Depression .

ب - اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial .

ج - اضطراب الوسواس القهري.

د - اضطراب المخاوف المرضية.

هـ - اضطراب القلق العام.

و - الوظائف الجنسية.

ز - وظائف تقدير الذات.

ح - اضطرابات الإدمان على الكحوليات والمخدرات.

ك - اضطرابات سوء التوافق (حيث الإندفاعية واللجوء إلى سلوك المغامرات غير محسوبة العواقب والنتائج). (Kilpatrick, et.al, 1987) (Daniels & Scurfield, 1994)

تفسير أسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

تعددت التفسيرات التي قدمت لأسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ونستطيع حصر هذه العوامل في:

### أولاً: التفسيرات البيولوجية:

تحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستويات مختلفة.

- فقد تم دراسة التأثيرات الفسيولوجية حين يتعرض الفرد لضغط صادم أو قوي، وتم تفسير ذلك بأن الصدمة تؤدي إلى تغيرات في نشاط الناقلات العصبية (Neurotransmitter activity)، والذي يؤدي بدوره إلى مجموعة من النتائج مثل: أعراض فقدان الذاكرة الحادة، الإستجابات الإنفعالية ذات الشدة والثورات الإنفعالية والغضب والعنف وأن مثل هذه الثورات ترتبط بالنشاط الزائد لإفراز الغدة الأدرينالية والمثيرات المرتبطة بالصدمة.
- كما درست كيمياء المخ الحيوية، والتنفس في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الأدرينالين، وما يترتب على ذلك من إختلالات في الوظائف مثل: فقدان الشعور باللذة، والإحساس بالخدر (الذي يشبه حالة الخدر في تناول المخدرات)، وكذا الإنسحاب من الأنشطة الإجتماعية.
- وكذا دراسات التفسيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي، وأن التعرض المفاجيء، أو المستمر، أو الشديد للضغوط الصادمة تقود إلى العديد من النتائج السلبية التي قد تسبب تدمير أو تغيير المسار العصبي.
- كذلك دراسات قد تناولت أثر الصدمة على المخ، وما يترتب على ذلك من حدوث تغيرات تتجلى في التغييرات التي تحدث في وظيفة السيروتين، والتي قد ترتبط بفقدان الشعور باللذة، و(الإنحساس) في الخبرة الصادمة والذكريات المؤلمة التي إرتبطت وتفاعلت معها. (Craskhi, 1999, p.340 - 342)

### ثانياً: التفسيرات النفسية:

تتعدد المداخل النفسية التي قدمت لتفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. أهم هذه النماذج ذلك النموذج التفسيري الذي قدمه كل من فو و كوزاك Foa & Kozak وهو نموذج معرفي سلوكي يتضمن عنصر المعنى Meaning في الحادث الضاغط، ويستخدم هذا النموذج مفهوم تراكيب الخوف الذي وضعه (لانج) Lang حيث يفترض هذا النموذج السببي أن الإستجابات التي تترتب على الخبرة الصادمة تضم عناصر ثلاثة هي:

- ١ - معلومات عن موقف المثير الصدمي.
- ٢ - معلومات عن الإستجابات القسيولوجية والمعرفية والسلوكية التي ترتبت على المثير الصدمي.
- ٣ - الرابطة (أو الإقتران الشرطي) ما بين المثير الصدمي والإستجابة المتوقع أن تصدر من الفرد.

وإفترض كل من (فو) و (كوزاك) أن مركب الخوف والذي يضم العديد من المكونات المعرفية والإنفعالية يتضمن أيضاً معنى الحادث الصدمي على أنه خطر (قد يهدد حياة الشخص أو يصيبه بأضرار لا قبل للفرد بتحملها)، كما إفترض كل من (فو) و (كوزاك) أن اضطرابات القلق (بأنواعها المختلفة) قد تغزو الفرد حين يدرك الفرد أنه يتعرض لمثير صدمي غامض أو خطر، وأن فكرة (تلاشي الإحساس بالأمان) تزيد من النتائج الضارة. (Foa et al, 1992). (أحمد عبد الخالق، ١٩٩)

وهناك نموذج آخر سببي قدمه كل من (كاروكالون، وباتريشيا ريسك) (Kareu.c & Patricia.R) وعرضاً له بالتفصيل من خلال إستراتيجيات تجريبية متنوعة.

(كارين كالون، باتريشيا ريسك، ٢٠٠٢، ص ص ١٥٥ - ٢٢٥)

## ٦- المرأة واضطرابات الهستيريا Hysteria Disorder

أنكر الأطباء النفسيون حديثاً إصطلاح الهستيريا وعدها لفظة لا تتناسب مع طبيعة هذا المرض واستعاضوا عنها بإصطلاح التحول Conversion، والإنشقاق Dissociation، وإسم الهستيريا من أكثر وأشهر الاضطرابات شهرة حتى بين عامة الناس، أو يكون المعنى في أذهانهم مرتبطاً بالجنون والخبل والسلوك الشاذ الغريب وقد إشتهر لفظ هستيريا بعد أن تحول أخيراً إلى إسم لفيلم قام ببطولته كل من الرائع الراحل أحمد زكي والرائعة عبلة كامل.

## موجز تاريخي لتطور مفهوم الهستيريا:

- وصف الأقدمون مرض الهستيريا بأوصاف وتقصيلات مذهلة.
- أ - إن لفظ هستيريا أخذ من الإصطلاح الإغريقي هيسترا Hystra ومعناه الرحم. وظن أفلاطون أنه الرحم حين يتجول داخل جسم المرأة يضغط على القلب أو المعدة أو أجهزة الجسم الأخرى، ويحدث أعراضاً مختلفة. فإذا ضغط على منافذ الهواء أعاق التنفس، وإذا ضغط على المعدة أحدث مغصاً وقيء، وإذا ضغط على القلب أحدث سرعة في ضربات القلب... إلخ وهكذا تحدث كافة أعراض الهستيريا الغريبة.
- ب - يبدو أن هذا المفهوم قد إنتقل إلى قدماء المصريين، وقد عثر على أهم وأقدم الأوراق الطبية التي تناقش طبيعة هذا الاضطراب إلا وهي بردية كاهون Kahon حيث وصف مرض الهستيريا تحت عنوان أمراض الرحم وأن الكثير من الاضطرابات السلوكية ترتبط بالأعضاء التناسلية. حيث ساد اعتقاد حينئذ بأن سبب هذه الأعراض هو حالة الجوع التي يعاني منها الرحم بسبب إنتقاله إلى مكان أعلى (نتيجة تجول الرحم في الجسم)، ورغم أن هذا الإعتقاد خاطئ بالطبع لأن الرحم لا يتجول في الجسم أو حتى ينتقل من مكانه إلا أن هذا الاضطراب تحديداً قد التصق، وارتبط بالبرأة.
- ج - تم ذكر أعراض الهستيريا المختلفة أيضاً في أقدم وأشهر بردية مصرية؛ ألا وهي بردية "أبرس" "Ebers" نسبة إلى العالم الألماني الذي إكتشفها ويعود تاريخها إلى القرن السادس عشر قبل الميلاد، وتتفق مع بردية كاهون في كثير من وصف الأعراض والعلاج.
- د - وكان العلاج بالطبع يتم عن طريقة الكشف المرحلي ومحاولة إرجاعه إلى مكانه من خلال تعريض هذا العضو للكثير من الروائح العطرية النفاذة، والتي تعمل على (إجبار) الرحم إلى العودة إلى مكانه وبالتالي تختفي الأعراض المرتبطة بتجول الرحم داخل الجسم.

ر - في العصور الوسطى استبعد الكهنة والفلاسفة في هذا الوقت التفسير شبه العلمي لقدماء المصريين واليونان، واعتقدوا بأن سبب هذا المرض هو إحتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى، وأن الشيطان قد تملكهم. وما دام الأمر هكذا؛ فممكن هؤلاء المريضات التعمسات يتعرضن لأقسى انواع القسوة والعذاب من خلال: رجمهن بالحجارة والإلتفاف حولهن في الشارع، وحلق شعر رؤوسهن وأحياناً قتلهن (معتقدين انهم حين يقتلون المرأة أو الفتاة المصابة بهذا المرض؛ فإنهم حاشا لله أن يقتلوا ولكنهم يقتلون الشيطان (السافل) الذي يسكنها وفجر فيها ويدخلها كل هذا العلامات الغريبة الشاذة؛ فإذا ماتت (من جراء التعذيب) فلا شيء بهم).

ز - وصفت سيد ينسهام (١٦٢٤ - ١٦٨٩) عصاب التحول والإنشقاق وصفاً دقيقاً شاملاً، وهو إكتشاف عظيم في وقته، وإنه لم يصف إليه الكثير حتى الآن حيث أضاف الآتي:

١ - إمكانية إصابة بعض انماط من المذكور بهذا الاضطراب ولكن بنسبة أقل كثيراً من النساء.

٢ - دلت على أن هذا الاضطراب قد يظهر على هيئة أعراض عضوية كاذبة مثل العمى، الشلل، فقد الكلام.... إلخ.

٣ - إن ما يدعى بالتحول النفسي العضوي Conversion ما هو إلا اضطراب نفسي إلا أنه يتحول إلى اضطراب عضوي.

٤ - من خلال الكشف الطبي والفحص نستطيع أن نتأكد مما إذا كانت هذه الأعراض (هستيريا) أم جسمية.

هـ - خطى عالم النفس الشهير سيجموند فرويد خطوات مثوية في إمالة اللثام عن هذا الاضطراب وبصورة علمية وبمعاونة بروير أبل ولهما مؤلف بنفس هذا الإسم ظهر عام ١٩٠٠؛ بعنوان دراسات في الهستيريا) حيث خلاصا إلى العديد من النتائج و الملاحظات العلمية الصائبة تجاه هذا الاضطراب. ومادام التشخيص سليماً؛ فلا شك أن ما يقدم من علاج سيكون بالطبع هكذا.



و- إقترح طبيب الأعصاب الفرنسي جانبيه Janet (١٨٥٩ – ١٩٤٧) أن المرض العضوي يحدث نتيجة إنشقاق Dissociation، وإستقلال (حزمة) من الوعي تخدم عضواً معيناً من أعضاء الجسم عن الوعي العام؛ فيعمل العضو (اليد أو العين مثلاً) مستقلاً عن الوعي العام وبقيّة أجزاء الجسم بحيث لا يدري الوعي العام عن الوعي المنشق أو العكس.

ج- حتى بعد تطور الطب النفسي ما زالت العديد من التساؤلات يثيرها هذا الاضطراب مثلاً:

١ - هل نستطيع الجزم بأن الهستيريا مرض نفسي مستقل عن باقي الأمراض؟

٢ - ما هي طبيعة الأسباب التي تؤدي إلى هذا الاضطراب وبصورة حاسمة؟

٣ - لماذا هذا الاضطراب تحديداً يختص بالنساء دون غالبية الرجال؟

٤ - لماذا يظهر هذا الاضطراب بصورة أكبر في الأماكن المختلفة حضارياً والتي ينتشر بها الجهل وربما الإيمان بالأفكار والممارسات والطقوس غير العقلانية؟

وغيرها من التساؤلات (أحمد عكاشة ١٩٩٨، رؤوف ثابت ١٩٩٣، محمد حسن غانم ٢٠٠٧)

ولكل ما سبق فإن الإتجاه في الطب النفسي يرفض استخدام مصطلح هستيريا ويفضل بدلا منه مصطلحي الاضطرابات الإنشقاقية والتحويلية Dissociative & conversion disorders؛ إلا أننا فضلنا أن نعنون هذا الإضطراب بنفس المصطلح الذي إشتهر به.

## تعريف الهستيريا:

- تتعدد التعريفات التي قدمت لهذا الاضطراب.
- الهستيريا مرض عصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية، ويكون الدافع في هذا الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الإهتمام أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الإهتمام على الفرد وكحماية للفرد من الإجهاد الشديد. وغالباً ما يظهر هذا الاضطراب في الشخصية الهستيرية، والتي يتوافر فيها وبها العديد من الصفات والسمات. (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص ١٦١)
- الهستيريا مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات إنفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة، وهر عصاب تحول تتحول فيه الإنفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لا أساس عضوي لفرض فيه ميزة ومنفعة للفرد ويطلق البعض على الهستيريا إسم الهستيريا التحولية أو رد فعل التحول أي التي تحولاً جسمياً لأمر نفسي. (حامد زهران ١٩٩٧، ص ٤٩٨)

## وبائيات اضطراب الهستيريا:

- لا توجد دراسات محددة في هذا الأمر، بيد أن الملمح الأساسي له أنه أكثر شيوعاً لدى الإناث منها لدى الذكور، كما تزداد أعراض الهستيريا في مراحل العمر الحرجة في الطفولة، وعند البلوغ، وفي الشيخوخة. كما أن هذا الاضطراب أشيع لدى الأشخاص ذوي الذكاء المتوسط أو ربما دون ذلك.
- وفي دراسة أجراها أحمد عكاشة عن مرض الهستيريا في مصر لدى عينة مكونة من مائة مريض وخمسين مريضاً من الذكور وجد الآتي:
- أ - أن معظم المرضى بين سن ٢٠ - ٤٠.
- ب - أن ٥٢٪ من المريضات متزوجات.
- ج - أن ١٨٪ من المرضى الرجال عزّاب.
- د - تفوق النساء على الرجال في ظهور العديد من الأعراض والعلامات سواء الأعراض: الحركية أو الحسية أو الحشوية أو الإنشقاقية
- (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص ص ١٩٤ - ١٩٦).

## التصنيف الإكلينيكي لأعراض الهستيريا:

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً ببعض الأفراد الأسوياء للشدائد والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية ، والتي يمكن تصنيفها إلى نوعين:

### أ - الاضطراب التحولي Conversion Disorder:

أي يتحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسمي يكون له معناه الرمزي ، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية؛ أي لا يفهم الشخص المعاني الكامنة خلف الأعراض.

### ب - الاضطراب الانفصالي Dissociation Disorder:

حيث تتفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها الفرد بتصرفات غريبة ولعل الأدباء قد أبدعوا في وصف هذه الشخصية أشهرها قصة دكتور جيكل ومستر هايد ورواية إحسان عبد القدوس (أين عقلي).. وغيرها من الأعمال الفنية الأخرى.

## أسباب الهستيريا:

تتعدد الأسباب التي تقود إلى اضطراب الهستيريا ، ويمكن أن تقسم إلى:

أ - أسباب وراثية: وهناك العديد من الاختلافات حول الوزن النسبي لدور الوراثة في إحداث هذا الاضطراب ، وهل إذا كان الوالد أو الوالدة من النوع الهستيرية ، فهل هذا الاضطراب يتم توريثه إلى أبناء أم لا؟

ب - أسباب نفسية: حيث يتميز مرض الهستيريا بالعديد من السمات ، ولعل عجزهم عن المواجهة وتقضيل الهروب ولفت نظر الآخرين ، وعدم حل الصراعات الداخلية بطريقة سوية كل هذا وغيره قد يلعب دوراً في تهيئة المسرح النفسي للفرد إلى الدخول في هذا الاضطراب.

ونكتفي بهذا القدر من الحديث عن اضطراب الهستيريا.







## المرأة والاضطرابات جسدية الشكل

### محتويات الفصل

- أنواع الاضطرابات جسدية الشكل.
  - ١- اضطرابات التبدل.
  - ٢- الاضطراب الجسدي الشكل الامتياز.
  - ٣- اضطراب التحويل.
  - ٤- اضطراب الألم.
  - ٥- توهم المرض.
  - ٦- اضطراب توهم نشوة الجسم.
  - ٧- الاضطرابات المصطنعة.
  - ٨- التمارض.
- أسباب الاضطرابات جسدية الشكل.





## الفصل الثاني

### المرأة والاضطرابات جسدية الشكل

#### Woman & Somatoform Disorders

السمة الرئيسية هي الشكاوى المتكررة من أعراض جسدية مثل طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة، وطمأننة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني ويوجد في هذه الاضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيري) خاصة في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في إقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

ولذا فإن من أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الاضطرابات هي وجود شكاوى بدنية أو جسدية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى الشخص، إضافة إلى عدم توافر أية آلية فسيولوجية توضح علامات الاضطراب. ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسي وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلا عضوياً؛ في حين أن أسبابها تكون نفسية.

#### أنواع الاضطرابات الجسدية الشكل:

تأخذ هذه الاضطرابات الأنواع والأنماط الآتية:

#### ١ - اضطراب التبددين (Somatisation Disorder):

##### مدى إنتشاره:

- تبلغ نسبة إنتشاره بين السكان (في أي دولة) من ٥.١% إلى ٥.٥%.
- وجدت الملاحظات الكلينيكية والعديد من الدراسات الوبائية أن هذا المرض يصيب الإناث أكثر من الذكور.

- وجدت - أيضاً - الملاحظات والدراسات أن هذا الاضطراب ينتشر بين الفئات غير المتعلمة.
- كما أنه ينتشر لدى الطبقات الدنيا (ذات الخصائص الإجتماعية والثقافية والإقتصادية المحددة).
- يبدأ عادة في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة.

#### تعريفه:

هو اضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التي يملئها الفرد من منطقة معينة أو أكثر، وأن هذه الشكاوى لا تنتج عن مرض عضوي معروف.  
(Kaplan,H., SADOCK,B, 1996)

#### معايير لتشخيص اضطراب اللبدين وفق الدليل الرابع:

- أ - كثرة الشكاوى الجسمية في تاريخ الحالة ، التي تبدأ قبل سن الثلاثين ، وتستمر لعدة سنوات ، وتدفع المريض إلى البحث عن العلاج وتؤدي إلى عجز ملحوظ في الوظائف الإجتماعية والمهنية أو في مجالات أخرى مهمة من أداء الشخص ووظائفه.
- ب - إنطبق كل المعايير التالية على الحالة ، مع ظهور أعراض منفردة خلال فترة ما من مسار الاضطراب:
  - ١ - أربعة أعراض سمتها الرئيسية الألم: تاريخ المعاناة من الألم في أربع مناطق من الجسم أو من وظائفه، مثل الدماغ، البطن، الظهر، المفاصل، الأطراف، الصدر، الشرج، أثناء الدورة الشهرية، أثناء الجماع أو التبول.
  - ٢ - عرضان لهما علاقة بالجهاز الهضمي: الشكاوى من عرضين لهما علاقة بالجهاز الهضمي على أقل تقدير؛ شريطة ألا يكون الألم من بينهما، مثل الفثيان، الإنتفاخ، القيء في غير أوقات الحمل، الإسهال، عدم تحمل عدة أنواع مختلفة من الأطعمة.

٣ - عرض واحد يتعلق بالوظيفة الجنسية: تاريخ شكوى واحدة خاصة بالوظيفة الجنسية أو التناسلية على أقل تقدير لا تقتصر على الألم، مثل عدم الإكتراث الجنسي، اضطراب الإنجاب أو القذف، عدم إنتظام الدورة الشهرية، كثرة النزف أثناء الدورة الشهرية، إستمرار القيء طوال فترة الحمل.

٤ - عرض واحد كاذب يتعلق بالجهاز العصبي المركزي: تاريخ وجود عرض واحد أو قصور في وظيفة من وظائف الجهاز العصبي يوحى بإصابة الشخص بمرض عصبي عضوي، مثل أعراض تحويلية كإختلال تناسق الحركة أو التوازن، أو شلل يقتصر على عضو واحد أو ضعف حركته، أو إحتباس البول، أو الهلوس، أو صعوبة البلع، إزدواج الرؤيا، أو العمى، أو الصمم، أو التشنجات، أو أعراض إنفصالية مثل فقدان الذاكرة أو الوعي الذي لا يؤدي إلى الإغماء.

ج - توافر المعيار (١) أو (٢):

١ - يتعذر إرجاع كل عرض من أعراض المعيار "باء" بصورة كاملة إلى مرض عضوي معروف أو إلى الآثار المباشرة لتعاطي مادة أو دواء، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة.

٢ - في حالة توافر مرض عضوي له علاقة بالأعراض تفوق شكاوى المريض وتدني وظائفه الإجتماعية والمهنية ما يتوقعه الطبيب بعد دراسة تاريخ الحالة وتوقيع الكشف الطبي ونتائج الفحوص الطبية.

د - يشترط لتشخيص هذا المرض عدم تعمد إصطناع الأعراض أو استحداثها (كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتمارض).

## ٢ - الاضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز Undifferentiated Somatoform:

### مدى الانتشار:

- لا توجد إحصاءات وثيقة تشير إلى حجم هذا الاضطراب.
  - لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الاضطراب مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.
  - من المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الاضطراب أكثر من الذكور نظراً للعديد من عوامل الثقافة والتشئة الاجتماعية.
- (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٢٠٢ - ٢٠٣)

### تعريفه:

وهو عبارة عن فئة مختلفة أو متبقية من الاضطراب الجسدي تستخدم في وصف جزئية من الاضطراب بشكله الكامل، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعي إدراجه في فئة الاضطراب الجسدي الشكل؛ لأن شدة الأعراض لا ترقى إلى مستوى الاضطراب الجسدي الكامل الصورة، أو لفموض الأعراض. وأن الشكوى من الإرهاق المزمن تعد الشكوى الأكثر تواتراً ووروداً لدى هؤلاء المرضى.

### معايير الدليل الرابع لتشخيص الاضطراب الجسدي الشكل:

- أ - شكوى جسمية واحدة أو أكثر مثل: (سرعة التعب، أو فقدان الشهية، أو شكوى خاصة بالجهاز الهضمي أو البولي).
- ب - توافر المعيار (١) أو (٢):

- ١ - لا يمكن تفسير الأعراض بصورة كاملة بوجود مرض عضوي معروف، أو بأنها نتيجة مباشرة لتعاطي مخدر أو دواء، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة.

- ٢ - في حالة وجود مرض عضوي له علاقة بالحالة، تفوق الأعراض أو تدني وظائفه الإجتماعية والمهنية الناتج، وما يتوقعه الطبيب بالنسبة للمرض العضوي المذكور كما يتضح من تاريخ الحالة والكشف الطبي ونتائج الفحوص المختبرية.
- ج - تتسبب الأعراض في معاناة المريض بصورة ملحوظة أو تؤدي إلى تدني وظائفه الإجتماعية والمهنية أو وظائف مجالات أخرى مهمة.
- د - ألا تقل مدة الأعراض عن ستة أشهر.
- هـ - ألا يفسر مرض نفسي آخر أعراض المريض على نحو أفضل مثل: (اضطراب خر جسدي الشكل، أو اضطراب جنسي، أو اضطراب قلق، أو اضطراب ذهاني).
- و - ألا تكون الأعراض متعمدة أو مصطنعة مثلما يحدث في حالة الاضطراب المصطنع أو التمارض.

### ٣ - اضطراب التحول Conversion Disorder:

#### مدى الانتشار:

- تتراوح نسب المضطربين بهذا النوع من الاضطراب ما بين ٥% إلى ١٠% من إجمالي المترددين على عيادات الطب النفسي الخارجي.
- في حين أن بعض الإحصائيات تقدر المصابين بهذا الاضطراب بـ ١٠% من مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات.
- تبلغ إصابة الإناث بهذا الاضطراب ضعف إصابة الذكور.
- يظهر عادة في سن الرشد المبكرة (في الغالب).
- لكن بالرغم من ذلك؛ قد يظهر الاضطراب في منتصف العمر أو في الشيخوخة. (Kaplan, D., Sadock, B. 1996)

## تعريفه:

يعرف التحول - في موسوعة علم النفس والطب النفسي - بأنه: عملية يلجأ فيها الأنا إلى حل الصراع النفسي الذي ينشأ في الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو في عرض جسمي وكأن الشخص هنا بدلا من أن يعبر عن صراعاته تمبيراً نفسياً خالصاً يحوله إلى تعبير جسمي. وتتم هذه العملية على مستوى لا شعوري مثل: حدوث شلل هستيري للذراع مثلاً، إذ في هذه الحالة لا توجد بالزرع ولا بمراكزه بالمخ ولا بوصلاته العصبية لأية إصابة تشريحية عضوية يمكن ملاحظتها أو تشخيصها طبياً، ومع هذا يكون الذراع مشلولاً ولذا يفشل في مثل هذه الحالة العلاج الجسمي وينجح العلاج النفسي والذي يتعامل مع الصراعات التي أدت إلى مثل العرض التبديني. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

وقد نجد اضطراب التحول هذا يمرض واحد أو أكثر من عرض ويكون له صلة بالجهاز العصبي المركزي. وأن هذه الأعراض ليست نتيجة اضطراب عضوي أو عصبي أو تعاطي مادة مخدرة.

## التشخيص والعلامات والأعراض:

- أ - اضطرابات حركية مثل: الشلل والتخلخ Ataxia (عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية كالوقوف وغيره)، وصعوبة البلع والقيء واحتباس الصوت.
- ب - اضطرابات الوعي مثل: التوابع التشنجية الكاذبة وفقدان الوعي.
- ج - اضطرابات الإحساس مثل: العمى، الصمم، فقدان الشم، نقص الحس فقد الإحساس بالألم، نقص الحس الطريفي في موضع القفاز والجورب.
- د - علاقة زمنية: وثيقة بين ظهور الأعراض والتعرض لضغط نفسي أو إنفعالات شديدة.

- هـ - ظهور الأعراض في نصف الجسم الأيسر أكثر من نصفه الأيمن.
- و - عدم تعمد الشخص إستحداث الأعراض.
- ز - عدم توافق الأعراض مع ثقافة المريض، أو وجود أصول عضوية كما يتضح من الكشف الطبي والفحوص الطبية.
- ح - اضطراب الألم Pain Disorder:

#### مدى الإنتشار:

يشكل اضطراب الألم مشكلة إقتصادية كبرى، مثلما يشكل مشكلة طبية - كمثال في المملكة المتحدة - إذا تسبب الألم أسفل الظهر بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام. بالإضافة لى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الإقتصادية والأسرية المصاحبة، والتي تعزي إلى التكاليف غيرالمنظورة للألم المزمن.

(شيرري بيرس وآخر، ٢٠٠٠)

- ويظهر اضطراب الألم في أي سن ولا سيما في العقدين الثالث والرابع.
- أكثر إنتشاراً بين الإناث.
- تتوافر بعض الأدلة على إرتفاع نسبة حدوث الألم والإكتئاب وتعاطي الخمر في أقرباء الدرجة الأولي.

#### معايير الدليل الرابع لتشخيص اضطراب الألم:

- أ - يجسد بالألم في مكان واحد أو أكثر من الجسم عن طريق العرض الإكلينيكي الرئيسي، على أن تستدعي شدته تدخل الطبيب.
- ب - يؤدي الألم إلى معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الإجتماعية والمهنية أو وظائف أخرى مهمة.

- ج - تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في ظهور الألم وشدته واستمراره.
- د - يشترط ألا يكون العرض أو القصور متعمداً أو مصطنعاً، كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتعارض.
- و - يشترط ألا يكون الألم نتيجة لمرض نفسي آخر مثل: اضطراب الوجدان أو القلق، وألا تنطبق عليه معايير تشخيص ألم الجماع.

#### خصص الفئة:

اضطراب مصحوب بعوامل نفسية: تلعب العوامل النفسية دوراً رئيسياً في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره. (في حالة وجود مرض عضوي، يشترط لتشخيص الاضطراب ألا يلعب ذلك المرض دوراً رئيسياً في ظهور الألم أو شدته أو تفاقمه أو استمراره). لا يشخص هذا النوع من اضطراب الألم إذا كانت معايير تنطبق أيضاً على اضطراب التبدين.

خصص ما إذا كان:

حاداً: تقل مدته عن ستة أشهر.

مزمنًا: مدته ستة أشهر أو أكثر.

اضطراب الألم المصحوب بعوامل نفسية ومرض عضوي:

تلعب العوامل النفسية ومرض عضوي دوراً مهماً في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره. بدون المرض العضوي أو مكان الألم على المحور الثالث.

حدد ما إذا كان:

حاداً: مدته تقل عن ستة أشهر.

مزمنًا: مدته ستة أشهر أو أكثر.



## ٥ - توهم المرض Hypochondrias:

### هذه الإنشاء:

- يصيب ١٠٪ من إجمالي المصابين بأمراض باطنية.
- تتساوى نسبة حدوثه بين الذكور والإناث. ولكن في الإناث أكثر.
- يصيب جميع الأعمار، ويزداد انتشاره في العقد الثالث من العمر لدى الذكور والعقد الرابع في العمر لدى الإناث.
- يصيب أقرباء الدرجة الأولى للمريض وشقيقه التوأم.

### تعريفه:

هو عبارة عن اضطراب السمة الأساسية فيه: إنشغال دائم بإحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطيرة والمتفاقمة يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة، كما يركز الإنتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم. وقد يذكر المريض إسم الاضطراب الجسدي الذي يخشاه، ومع ذلك فإن درجة إقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الإستشارات الطبية. وغالباً ما يكون الإكتئاب والقلق الشديدين موجودين. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨).

### التشخيص:

- أ - يصيب أي عضو أو جهاز في الجسم.
- ب - يصيب - في الغالب - الجهاز الدوري أو الهضمي أكثر من غيرها.
- ج - يعتقد المريض أنه مصاب بمرض عضوي بالفعل.
- د - يطمئن المريض لفترة قصيرة عندما يتضح عدم وجود مرض في الكشف الطبي والفحوص، ثم تعاوده الأعراض.

- هـ - تفشل طمأنة المريض المصاب بضلالات جسدية.
- و - تبلغ مدة المرض ستة أشهر على أقل تقدير.
- ز - لا يرقى إعتقاد المريض في إصابته بالمرض إلى مستوى الضلالة.
- ٦ - اضطراب توهم تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder:

#### مدى الانتشار:

- يبدأ ظهور المرض بداية من سن المراهقة حتى سن الرشد المبكر.
- يصيب الذكور والإناث بنفس النسبة وإن كان الملحوظ أنه أكثر انتشاراً لدى الإناث.

#### لعريفه:

هو اضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب في شكل جزء من الجسم، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة. (Kaplan, D., SAdock, B, 1996)

#### التشخيص:

- يشكو المريض من عيوب في جسمه مثل التجاعيد، أو سقوط الشعر، أو صغر أو كبر بعض الأعضاء التناسلية.
- أو قد يمتد لتشمل الشكوى من وجود عيوب في أجزاء أخرى من الجسم ظاهرة مثل (الأنف) أو مسترة مثل (وجود بقع على الجلد).
- وعند وجود تشوه جسمي طفيف ينشغل المريض به على نحو مفرط ومبالغ فيه.
- لا يصل مستوى إنشغاله إلى مستوى الضلالة (كما يحدث في اضطراب الضلالة الجسدي النوع).

## ٧ - الاضطرابات المصطنعة Factitious Disorder:

### هذه الإنشأ:

- نسب الإصابة بهذا الاضطراب غير معروفة بشكل محدد.
- يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- تبلغ نسبة مرض إصطناع المرض الذين يدخلون المستشفيات من ١٠٪ إلى ١٥٪ حيث يعاني معظمهم من إرتفاع مصطنع في درجة الحرارة (كمثال شائع لذلك).
- ينتشر هذا الاضطراب بشكل خاص لدى الأشخاص العاملين في المجال الطبي (أطباء - ممرضين - ممرضات... إلخ).

### تعريفه:

هو عبارة عن اضطراب يتوهم الشخص من خلاله أعراضاً يستحدثها عمداً ويصوّر شعورية قد أصابت الجسم، وقد يستحدث الشخص العديد من الأعراض النفسية مثل الهلوس، أو عضوية مثل الشعور بالألم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم.

### التشخيص والعلامات والأعراض:

تتقسم هذه الاضطرابات إلى الفئات التالية:

- أ - اضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات جسدية سائدة وتشمل:
  - تعتمد إستحداث الأعراض الجسمية كالفثيان والقيء والألم والتشنجات.
  - قد يعتمد المرضى إضافة الدم إلى برازهم أو بولهم.
  - قد يعتمد المرضى رفع درجة حرارة أجسامهم بطرائق مصطنعة.

- أو حقن أنفسهم بالأنسولين لخفض مستوى السكر في الجسم.
- ومن علاماته: البطن المخطط (للتدببات التي تتركها العمليات الجراحية الكثيرة التي يعرض المريض نفسه لها).
- ب - اضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات نفسية سائدة:
  - تعتمد إصطناع الأعراض الطبية النفسية مثل: الهلوس والضلالات والإكتئاب وشنوذ السلوك.
  - لجوء المريض إلى الكذب وحبك أو قص روايات يصعب تصديقها في أسباب إصابته إلا أنه يعتقد في صحتها.
  - ينتشر إدمان المواد المخدرة بين مرضى اضطرابات النوعين السابقين (أ - ب).

ج - اضطرابات مصطنعة لم يسبق تخصيصها:

- تشمل الاضطرابات التي لا تنطبق عليها معايير الاضطرابات المصطنعة مثل إصطناع المرض بالإنابة (تعمد شخص آخر يرى المريض إصطناع الأعراض لإكتساب الدور المرضى بصورة غير مباشرة).

## ٨ - التمارض Malingering:

### مدى الإنتشار:

- غير معروف بصورة محددة أو تقريبية نسب الإصابة به.
- أكثر إنتشاراً في الأماكن التي يكثر فيها الذكور مثل: الثكنات العسكرية، السجون، المصانع، وغيرها من المؤسسات.
- قد يظهر هذا الاضطراب أيضاً لدى الإناث.

### تعريفه:

هو لجوء الفرد إلى الإستحداث الإرادي لإحداث أعراض جسدية أو نفسية، ولتحقيق هدف معين مثل: الحصول على أجازة من الثكنة العسكرية، أو التهرب من حكم بالحبس، أو التهرب من عقاب، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين.

(ولعل أكثر صور إحداث هذا الاضطراب بين كثير من عساكر القوات المسلحة هو تناول الشخص شطة - مواد حريفة - يعقها تناول حلوى مما يؤدي ذلك إلى إرتقاع في درجة حرارة الشخص وبالتالي يطلب - كإرنيه - عيادة وتتخذ باقي الإجراءات حتى يعتمد عن الخدمات والأعمال المكلف بها داخل المسكر كما لاحظ المؤلف بنفسه ذلك بين بعض المجندين).

### التشخيص والعلامات والأعراض:

- يبدي الشخص في العادة شكاوى مبهمه وغير محددة ويعرضها بالتفصيل.
- يفضب المريض عند إبداء الطبيب تشككه في صدق أعراضه.
- يتضح من التاريخ النفسي والإجتماعي وجود حاجة لدى الشخص المعني لتجنب حد المواقف، أو الحصول على المال، أو للهروب من مشاغل قانونية.
- إبحث عن هدف محدد لدى المريض يستفيد من خلاله (المكسب الثانوي للمرضى).

### أسباب الاضطرابات جسدية الشكل:

تنتمي فئة الاضطرابات الجسدية الشكل إلى الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب (المشقة). ومن أسباب الإصابة بهذا الاضطراب.

### أولاً: العوامل التكوينية الوراثية

- وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثي له أثره في نشأة العديد من الاضطرابات.
- قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب (مثلاً)؛ فعادةً ما يصاب الآخر بنفس المرض.
- دلت دراسات العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية المرض، وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالإستجابة لاضطراب معين تجاوزت معه باقي أفراد الأسرة بالإستجابة لهذا العرض.
- ولذا نلجأ في علاج بعض هذه الاضطرابات إلى إستخدام الأدوية النفسية خاصة أثناء فترات إصابة المريض بالقلق، أو الإكتئاب الحاد (وقط) خشية من أن العلاج بالدواء في مختلف الفترات قد يقود إلى إدمان المريض لتعاطي الدواء سواء أكان الشخص في حاجة إلى الدواء أم لا.
- وجود خلل في قشرة المخ فعلى سبيل المثال وجد أن أسباب اضطراب التحول البيولوجية تتلخص في: -
- يعتمد ظهور الأعراض على تنشيط آليات مثبطة في المخ.
- يصحب الاضطراب فرط إثارة قشرة المخ التي تنشط بدورها آليات الجهاز العصبي المركزي المثبطة في المشبك (فتجوة تقصل الخلايا العصبية عن بعضها) وسامة المخ، والمنظومة الشبكية التنشيطية.
- يتفح احتمال حدوث الاضطراب فيمن يمانون من إصابات الفص الجبهي أو أوجه قصور أخرى في الجهاز العصبي المركزي.

## ثانياً: أسباب نفسية - إجتماعية

تتعدد المنطلقات النفسية ما بين نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية (بمنطلقاتها المختلفة) ولذا نجد العديد من التفسيرات النفسية التي قدمت للاضطرابات جسدية الشكل.

مثلاً: الشخص الذي يعاني من اضطراب التبددين، وجد أن الأسباب النفسية تتلخص في:

- أن هذا الشخص يميل إلى كبت العدوان.
  - أن هذا العدوان المفترض أن يوجه إلى الآخر قد تم تحويله إلى الذات.
  - أنه يتمتع بضمير أو أنا أعلى Super ego جد حساس؛ مما يؤدي إلى إرتداد العدوان إلى الذات وعقابها (ليس مجرد عقاب الآخر بل التفكير في ذلك).
  - إنتشار وشيوع مشاعر الدونية والإنحطاط من قيمة الذات.
  - توحد غير سوي بأحد الوالدين.
- في حين أن التفسير النفسي الذي قدم لاضطراب التحول فهو:
- يعد الاضطراب تعبيراً عن صراع نفسي لا شعوري مكبوت.
  - تتصف شخصية المريض قبل إصابته بالاضطراب بسمات اضطراب الشخصية المتجنبة، وأخرى هستيرية.
  - التوحد مع فرد من الأسرة يشكو من الأعراض نفسها بسبب مرض فعلي.
  - وجود دوافع جنسية وعدوانية لا شعورية ترفضها الأنا وتتكرر في صورة أعراض مرضية.

في حين أن الجانب النفسي الذي يفسر اضطراب توهم المرض كالآتي:-

- أن الشخص لديه استعداداً خلقياً لفرط الحساسية لوظائف الجسم والإحساسات الصادرة منه، وإنخفاض عتبة الإحساس بالألم أو المعاناة الجسمية.
- إرتداد النزعات العدوانية إلى الذات بدلاً من الآخر ومن خلال جزء معين من الجسم.
- لا بد من التركيز حول احتمالية أن يكون للعضو الجسمي المصاب معنى رمزياً (أو وفقاً لمفهوم التحليل النفسي لا بد من البحث عن عامل الحتمية - وليس العشوائية - المقصودة في إصابة هذا العضو من الجسم دون خبرة بهذا الاضطراب. وأن الإصابة تكون محتومة المعن والدلالة ولا بد من البحث عنها).

ونستنتج مما سبق الآتي:

- ١ - لا بد من أخذ تاريخ الشخص السابق في الاعتبار.
- ٢ - لا بد من فهم الدلالة - أو الدلائل النفسية - لأسباب إصابة الشخص وتحديد في عضو من جسده دون آخر.
- ٣ - أخذ طريقة التربية في الاعتبار؛ لأن هناك العديد من طرق التنشئة والتي تعمل على (كبت) العدوان (وكف) الرغبات الجنسية، والتي بدورها تضطر لتحويل مسارها من (الآخر) إلى (الذات).
- ٤ - التركيز على الهدف أو المكسب الثانوي من وراء العرض. فعلى سبيل المثال وجد أن اضطراب الألم - مثلاً - له علاقة بالآخر حيث يستخدم الفرد الألم كوسيلة للسيطرة على علاقة بآخر والاستفادة منها مثل: استقرار علاقة زوجية هشة.



٥ - التعرف على نمط الشخصية (اضطرابات أنماط الشخصية) إذ على سبيل المثال وجد أن الشخصية التي تميل إلى التمارض يميل أصحابها إلى نمط الشخصية المفاهضة للمجتمع.

٦ - التركيز على ميكانيزمات الدفاع التي يلجأ إليها الفرد، إذ على سبيل المثال يستخدم مريض اضطراب توهم تشوه الجسم الأساليب الدفاعية الآتية:

- الكبت (لصراعات لا شعورية).
- تشويه أو ترميز جزء من الجسم.
- الإسقاط (الإعتقاد بأن الآخرين يرون أيضًا التشوه المتخيل).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨) (شيرلي بيرس، جوي مايز، ٢٠٠٠، ص ص

٧٣٧ - ٧٥٦).







## المراة والاضطرابات الإنفصالية

### محتويات الفصل

- تعريف الاضطرابات الإنفصالية.
- أنواع الاضطرابات الإنفصالية.
- ١- فقدان الذاكرة الإنفصالي:
  - مدى انتشاره.
  - الأعراض والعلامات.
  - التشخيص وفقاً للدليل الشخصي والإحصائي الرابع
- ٢- التجوال الإنفصالي:-
  - مدى انتشاره.
  - الأعراض والعلامات.
  - التشخيص وفقاً للدليل الشخصي والإحصائي الرابع.
- ٣- اضطراب انفصال الهوية
  - مدى انتشاره.
  - الأعراض والعلامات.
  - التشخيص وفقاً للدليل الشخصي والإحصائي الرابع.
- ٤- اضطراب اختلال الأنية
  - مدى انتشاره.
  - الأعراض والعلامات.
  - التشخيص وفقاً للدليل الشخصي والإحصائي الرابع.
- ٥- اضطراب انفصالي لم يسبق تخصيصه
  - أسباب الاضطرابات الإنفصالية



## الفصل الثالث

### المرأة والاضطرابات الانفصالية

#### Dissociative Disorders

##### تعريف الاضطرابات الانفصالية:

تعد الاضطرابات الانفصالية أو التفككية أحد الأساليب الدفاعية، ويتجلى ذلك في الميل إلى الفصل أو التفرقة أو التقسيم؛ حيث يحدث إنقسام يتفاوت تحديداً في الوظائف النفسية. فإذا اشتد المرض فقدت الشخصية وحدتها حيث تنعزل مجموعة من العمليات العقلية عن الجانب الشعوري وتصبح مستقلة أو آلية. (مصطفى كامل في: فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

وقد كانت هذه الاضطرابات في الماضي تعرف بإسم أعصية الهستيريا الإنشقاقية، والحقيقة أن عملية تحويل الإنفعال موجود في كل من الهستيريا والتفكك، ولكن في الهستيريا يحدث التحول إلى مرض جسمي، وفي الإنفصال والتفكك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعي (حامد زهران، ١٩٩٨)

وتنقسم الاضطرابات الانفصالية إلى خمسة أقسام رئيسية:

- ١ - فقدان الذاكرة الانفصالي.
- ٢ - التجوال الانفصالي.
- ٣ - اضطراب الهوية (المعروف أيضاً بإزدواج الشخصية).
- ٤ - اضطراب إختلال الأنية (أو الهوية).
- ٥ - اضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه أو تصنيفه.

ولعل الصفة الأساسية المشتركة بين هذه الأقسام هي:

- فقدان الذاكرة .
  - فقدان الوعي.
  - فقدان الهوية.
  - فقدان إدراك البيئة نتيجة لأسباب نفسية.
  - أن هذه الاضطرابات لا تصاحبها أمراض عضوية في المخ.
- وسوف نتناول في هذا الفصل كل اضطراب من الاضطرابات السابقة على حده.

#### ١ - اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي Dissociative Amnesia :

##### مدى الانتشار:

- يعد اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي أكثر الاضطرابات الانفصالية إنتشاراً.
- لا توجد نسب محددة لمدى إنتشاره أو وراثيته.
- يحدث كرد فعل للكوارث والأزمات الحادة.
- يحدث عادة أثناء الحروب.
- أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنةً بالذكور.
- يبدأ في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة.

##### لعريفه:

هو عبارة عن طمس (كلي أو جزئي) للذاكرة الخاصة بخبرة أليمة سابقة ويكون عادةً نتيجة للكبت؛ (أي أن الخبرة تظل في غياهب اللاشعور)، وعندما يواجه المريض موقفاً يركز على الخاصة المكبوتة؛ تتعطل ذاكرته الواعية ليتجنب القلق.



وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض إسمه وسنه ومحل إقامته، ولا يتعرف على أهله أو أصدقائه، ولكنه يظل محتفظاً بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عادياً فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص. (حامد زهران، ١٩٩٨)

وقد ينسى المريض أحداث فترة زمنية قصيرة، وقد يظهر على المصاب أحياناً عدم الإكتراث بفقدان الذاكرة.

### العلامات والأعراض:

- فقدان ذاكرة فجائي في العادة.
- يدرك الشخص أنه فقد الذاكرة.
- يتسم باليقظة قبل فقدانها ويعد.
- كما قد يحدث اختلال طفيف في الوعي.

### معايير الدليل لتشخيص فقدان الذاكرة الانفصالي:

- أ - يتصف النمط السائد للاضطراب بنوبات من العجز عن إسترجاع معلومات شخصية هامة ذات طابع صادم أو مؤلم في العادة على نطاق واسع يتجاوز النسيان العادي.
- ب - ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب الهوية الانفصالية أو التجوال الانفصالي، أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمة أو اضطراب التبدن، وألا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة (مخدر أو دواء)، أو مرض عصبي، أو مرض عضوي آخر، مثل اضطراب النساهو النتج عن إصابات الدماغ.
- ج - أن تسبب الأعراض معاناة إكلينيكية واضحة للمريض، أو إخلال بوظائفه الإجتماعية أو المرضية أو بوظائف أخرى مهمة. (DSM IV, 1994)

## ٢ - اضطراب التجوال الانفصالي Dissociative Fugue:

### مدى الانتشار:

- هذا الاضطراب نادر الحدوث.
- لا توجد بيانات إحصائية دقيقة توضح مدى الانتشار.
- ينتشر بشكل خاص بعد الكوارث.
- ينتشر - أيضاً - بعد الحروب.
- تختلف نسب حدوثه بين الجنسين. وإن كان لدى الإناث أكثر انتشاراً.
- ليس له عمر بداية محدد.

### تعريفه:

هو اضطراب يظهر في سفر الشخص المفاجيء وغير المتوقع بعيداً عن منزله، أو عمله، وعجزه عن تذكر جوانب مهمة من هويته السابقة (كالاسم والأسرة والمهنة). وينتحل هوية جديدة في أحيان كثيرة، وفترة التجوال هذه قد تول وقد تقصر، وقد يمارس أثناءها العديد من الأنشطة والأعمال، حتى إذا أفاق من نوبة التجوال هذه عاد إلى بيته وأهله وعمله وغالباً ما تفشل المحاولات في جعل الفرد يتذكر الذي حدث أثناء نوبة التجوال. (Kaplan, H., SAdock, B., 1996)

### الأعراض والعلامات:

- تجوال على نحو غير هادف.
- هذا التجوال يكون لمسافات طويلة في العادة.
- ينسى حياته الماضية.
- لا يشعر عادة أنه فقد الذاكرة.
- ينتحل هوية جديدة.
- يتسم سلوكه قبل النوبة وبعدها (نوبة التجوال) بالسواء.

### معايير الدليل الرابع لتشخيص النجوال الانفصالي:

- أ - سمته الرئيسية السفر أو الانتقال المفاجيء وغير المتوقع بعيداً عن المنزل أو مكان العمل المعتاد المصحوب بالعجز عن تذكر الشخص لماضيه.
- ب - الذهول المؤدي إلى عجز الشخص عن تحديد هويته.
- ج - إنتحال الشخص لهوية جديدة (كاملة أو جزئية).
- د - ألا يقتصر ظهور التجوال على فترات إصابة باضطراب انفصال الهوية، والا يكون نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار، أو مرض عضوي (مثل صرع الفص الصدغي).
- هـ - أن يسبب هذا الاضطراب للمصاب معاناة ملحوظة أو خلل في أدائه الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو وظائف أخرى مهمة. (DSM IV, 1994)

### ٣- اضطراب انفصال الهوية أو (إزدواج الشخصية) Dissociative Identity Disorder (Multiple.P.D)

#### مدى الإنتشار:

- هذا الاضطراب ليس نادراً كما قد يعتقد.
- يصيب حوالي ٥٪ من المرضى النفسيين.
- يظهر عادة في المراهقة وسن الرشد المبكر.
- (كما قد يظهر في بعض الحالات قبل سن المراهقة).
- أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور.
- ترتفع نسبة حدوثه بين أقرباء الدرجة الأولى.

#### تعريفه:

نوع من الاضطراب تتمثل أعراضه الرئيسية في أن يتواجد مع شخصية الفرد الأساسية - التي يعرفه الناس بها - شخصية أخرى أو أكثر؛ بحيث

تتميز كل منها وتتعارض في خصائصها وتسود في الفترات الميعة. وفي هذه الحالة يكون لكل شخصية اسم خاص، وهوية خاصة، وصفات خاصة، وعلاقات خاصة، وأنشطة خاصة، ولا تعي الشخصية الأساسية عن هذه الشخصيات الأخرى شيئاً، وإن علمت عنها شيئاً أدركتها على أنها مستقلة عنها، مقطوعة الصلة بها، أو أشارت إليها بضمير الغائب. وهكذا تكون الحال بين بقية الشخصيات.

وينتقل الفرد من شخصية إلى أخرى بشكل مفاجيء وغالباً ما يكون في فترات الضغط النفسي. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

### العلامات والأعراض:

- شخصية واحدة أو أكثر واضحة المعالم.
- تسيطر كل منها على سلوك المريض وتفكيره في حالة وجودها.
- تتحول من شخصية إلى أخرى بصورة مفاجئة.
- عدم تذكر الشخصيات الأخرى بصفة عامة.
- قد تدرك بعض الشخصيات جوانب تتعلق بالشخصيات الدخيلة.
- لكل شخصية جديدة ذكرياتها وتفكيرها المترابط مثل إختلاق معدل الذكاء.
- قد تختلف الشخصيات الأخرى من ناحية النوع والسن.
- قد تبدي شخصية دخيلة واحدة أو أكثر أعراض مرض نفسي مصاحب مثل اضطراب الوجدان أو اضطراب الشخصية.

### معايير الدليل الرابع للشخصية انفصال الهوية:

- ١ - ظهور هويتين أو شخصيتين أو أكثر (لكل منهما نمط إدراك للبيئة والذات والتفاعل معها والتفكير فيهما يتصف بالإستمرار).

- ب - أن تتحكم اثنتان من تلك الهويات أو الشخصيات على أقل تقدير في سلوك المريض.
- ج - عجز المريض عن تذكر معلومات شخصية مهمة يصعب إرجاع كثرتها إلى النسيان العادي.
- د - ألا يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوي.
- ملحوظة: ألا تفسر الأعراض في الأطفال أنها نتيجة اللعب مع رفيق وهمي أو أي نوع آخر من لعب الطفولة الخيالي. (DSM IV, 1994)

#### ٤ - اضطراب إختلال الأنية Depersonalization Disorder:

##### مدي الانتشار:

- يندر ظهور الاضطراب بصورة النقية.
- نمطه الشائع نوبات متقطعة من إختلال الأنية.
- يندر ظهوره بعد سن الأربعين.
- قد ترتفع نسبته بين الإناث مقارنة بالذكور.

##### لعرينه:

هو اضطراب يشكو فيه الشخص من تغير كفي في نشاطه العقلي والجسدي أو العالم المحيط به؛ بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية وبعدية أو آلية. وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به. وأن جسده يبدو مفتقداً للحياة، أو معزولاً، أو غريباً. وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة، وتبدو الحياة كمسرح يتناول عليه الناس تمثيل الأدوار. وفي بعض الأحيان قد يشعر الشخص كأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت، وتحدث هذه الظاهرة في الغالب في إطار اضطراب إكتئاب واضطراب الرهاب واضطراب الوسواس القهري. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

وأن الشخص ينظر إلى نفسه وكأن شعوره منفصل عن جسمه ذاته: كالشعور بأنه يعمل بطريقة آلية أو يعيش في حلم. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

### العلامات والأعراض:

- شعور دائم ومستمر بعدم واقعية الجسم والذات.
  - يوجد قدر من إختيار الواقع.
  - يشعر بتشوه في إدراكه للزمان.
  - يشعر بتشوه في إدراكه للمكان.
  - يتخيل أن أطرافه كبيرة أو صغيرة.
  - ينتشر شعور بغربة ولا معقولية العالم الخارجي.
  - يشعر - في بعض الأحيان - وكأنه إنسان آلي.
  - تكثر شكوى الشعور بالدوران.
  - تتكرر لديه مجموعة من الأفكار الإكتئابية والوسواسية والقلق.
  - منشغل دوماً بالجسم ووظائفه.
- معايير تشخيص اضطراب إختلال الآنية وفقاً للدليل الرابع:
- أ - خبرات متصلة ومتكررة تصف بالشعور بالانفصال عن الجسم أو العمليات الفكرية ومراقبتها كشخص آخر خارجي (مثل الشعور بأن الإنسان فيما يشبه الحلم).
  - ب - يحتفظ المريض خلال النوبات بقدرته على إختبار الواقع.
  - ج - بسبب إختلال الآنية لصاحبه معاناته ملحوظة أو خلل في وظائفه الإجتماعية أو المرضية أو في مجالات وظيفية أخرى مهمة.
  - د - لا يقتصر ظهور إختلال الآنية على نوبات الإصابة بمرض نفسي آخر كالفصام، أو اضطراب الهلع أو اضطراب إنفصالي آخر، ويشترط ألا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء أو مرض عضوي (مثل صرع الفص الصدغي). (DSM IV, 1994)

## ٥ - اضطراب انفصالي لم يسبق تخصيصه Dissociative Disorder Not Otherwise Specified

### تعريفه:

أعراض انفصالية بارزة، بيد أن معايير تشخيص الاضطراب الانفصالي بعينها لا تنطبق بشكل كامل على السمات الإكلينيكية الرئيسية ومنها على سبيل المثال: اضطرابات سماتها الرئيسية عرض انفصالي مثل: اضطراب وظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعي التكاملية أو تغييرها والتي لا تنطبق عليها معايير اضطراب انفصالي محدد.

### أمثلة:

- ١ - الشعور بغربة البيئة غير المصحوب باختلال الآنية.
  - ٢ - حالات انفصالية تصيب أشخاص تعرضوا لعمليات مستمرة أو متقطعة من غسيل المخ والتلقين المتبعان مع الإرهابيين وبعض المعتقلين.
  - ٣ - الفيبوية والذهول وفقدان الوعي التي لا تعود لمرض عضوي، حالات السفر المفاجيء وغير المتوقع والسلوك المنظم، وعدم إرتباط وفقدان الذاكرة على تذكر ماضي الشخص المعني بانتحاله هوية أو شخصية جديدة.
- وغيرها من الأمثلة التي لم تشخص بعد.

### أسباب الاضطرابات الانفصالية:

تتعدد الأسباب التي تعود إلى إمكانية الإصابة باضطراب أو أكثر من الاضطرابات الانفصالية (السابق الحديث عنها)، ويمكن إجمال هذه الأسباب في مجموعتين هما: -

### أولاً: الأسباب الوراثية:

حيث تلعب الوراثة دوراً هاماً بالإضافة إلى العديد من العوامل البيولوجية في إحداث بعضها من الاضطرابات الانفصالية مثل: حدوث صدمة أو إرتجاج في المخ، جرح بالمخ ناتج عن إصابة، أو مواصلة الإنسان خاصة إدمان المواد الكحولية (غير النقية)، وكل ما سبق يقول إلى إمكانية الإصابة باضطراب النساوم أو فقدان الذاكرة. (Kaplan, H., SAdock, B., 1996)

### ثانياً: الأسباب النفسية:

تلعب الأسباب النفسية أدواراً مؤثرة، وجد هامة في إمكانية الإصابة باضطراب أو أكثر من الاضطرابات الانفصالية؛ خاصة تعرض الفرد للعديد من أنواع الضغوط التي قد تفوق قدرته على تحملها، وكذا استمرار هذه الضغوط دون أن يصدر عن الفرد ما يشير إلى إتخاذ خطوات لتخفيف حدة هذه الضغوط، وكذا المرور بالعديد من الصدمات النفسية التي تعقب تعرضن الفرد للعديد من الكوارث. (محمود حمودة، ١٩٩١)







## المرأة واضطراب الفصام

### محتويات الفصل

- المرأة واضطراب الفصام.
- مدى انتشاره.
- تعريف الفصام.
- تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لمرض الفصام.
- تشخيص مرض الفصام.
- أعراض الفصام.
- اضطرابات التفكير.
- اضطرابات الإدراك.
- اضطرابات الأنفعال.
- اضطرابات الانتباه.
- اضطرابات الإرادة.
- اضطرابات السلوك والخرافة وشنوذه.
- أنواع الفصام.
- أسباب مرض الفصام.



## الفصل الرابع المرأة واضطراب الفصام

### الاضطرابات الذهانية (الفصام) Schizophrenia

ينتمى مرض الفصام إلى الاضطرابات الذهانية. والذهان Psychosis يشير في معجم العلوم الاجتماعية إلى الآتي:

أ - الذهان إصطلاح في الطب النفسي والتحليل النفسي يشير إلى اضطراب نفسي خطير يصيب الشخصية بأسرها ، فتضطرب علاقة المريض بعالمه اضطراباً شديداً ، وتختل إستجاباته الإنفعالية ، كما قد تختل وظائفه العقلية إختلالاً شديداً ، أو إختلالاً محدوداً ، وهو مصطلح مرادف للمرض العقلي (أو ما يعرف في المصطلح الشعبي الشائع الجنون).  
ب - ويهتم الطب النفسي بالوصف الدقيق لأعراض الذهان ولتختلف شئاته ، وأن الذهان ينقسم إلى مجموعتين رئيسيتين:

١ - الذهان العضوي: ويتميز بوجود إصابات أو تلف عضوي بالمراكز العصبية العليا (المخ). ومن أبرز أمثلته الشلل الجنوني الذي ينشأ من إصابة بالزهري.

٢ - الذهان الوظيفي: حيث تم اكتشاف العديد من مظاهر الاضطراب والخلل التي تطرأ على الوظائف النفسية. ومن أبرز أمثلته: الفصام.

ج - في حين أن التخليل النفسي - كمثال - يهتم بالتفسير الدينامي للذهان بوصفه سلوكاً ذا معنى ودلالة كالحلم والعصاب تماماً. ولذا نجد العديد من المفاهيم التحليلية التي تحاول سد أغوار هذه الظاهرة مثل: الإسقاط، الميل الجنسي الكامن، السادية القمية ..... إلخ.

(مصطفى زيور، ١٩٧٥، ٢٧٩ - ٢٨٠)

تتميز الاضطرابات الذهانية بالأعراض الآتية:

- ١ - اضطراب واضح في السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء، إنعزال، إهمال في الذات والعمل، والإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.
  - ٢ - تغير في الشخصية الأصلية، واكتساب عادات وتقاليد وسوك تختلف عن الشخصية الأولى.
  - ٣ - تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.
  - ٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره.
  - ٥ - عدم إستبصار المريض بعلته، فلا يشعر بمرضه وبالتالي يرفض العلاج.
  - ٦ - اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.
  - ٧ - البعد أو الانفصال عن الواقع والتعلق بحياة منشوها اضطراب تفكيره.
- (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### ومن أشهر الاضطرابات الذهانية: الفصام...

##### **مدى إنتشاره:**

- تتراوح نسبة حدوثه بين ١٪ و ١.٥٪ في شتى أنحاء العالم، في حين نجد البعض يرفع هذه النسبة ما بين ٨٥. - ٢٪ من المجموع العام لأي شعب.
- أكثر إنتشاراً في المدن منه في الريف.
- يزداد حدوثه في الدول الصناعية المتقدمة أكثر من غيرها من الدول التي لها أنشطة إقتصادية أخرى.
- يتساوى ظهور الفصام في الذكور والإناث وإن كان في عالمنا العربي يكون لدى الإناث أكثر.
- يظهر في العادة من سن ١٥ إلى ٢٥ عاماً، حيث تبدأ ٥٠٪ من حالاته قبل سن الـ ٢٥ عاماً. ويندر ظهوره قبل سن العاشرة أو بعد سن الأربعين.

- يصيب الذكور في سن أصغر مقارنةً بالإناث، ومع التقدم في السن تكون نسبة الإناث المصابات بهذا الاضطراب أكبر من الذكور.
- يزداد إنتشاره في الطبقات الاجتماعية الدنيا، مما دعا إلى ظهور ما يسمى بفرض الانحدار Downward Drift Hypothesis، والذي يؤمن أنصاره بأن مرضى الفصام ينتمون لأي طبقة اجتماعية في بداية الأمر، ولكن نتيجة للتدهورات التي تحدث في مختلف مكونات الفرد؛ فإن ذلك يستتبع بالضرورة إنحداراً في الطبقة والمستوى الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد، في حين أن البعض الآخر (يحلل) الظروف الاجتماعية، والإقتصادية والثقافية وظروف المعيشة والسكن لدى الطبقات الفقيرة، ويجعلها المهد والأساسي والمنطلق لظهور الفصام. وأن الإزدحام في السكن، يقود - بدوره - إلى إنتشار العديد من الإنحرافات السلوكية المميزة لسكان هذه المناطق (جريمة - بغاء - مخدرات - ..... إلخ). ولذا فإن الإصابة بمرض الفصام قد تكون ناتجة من هذه الظروف، أو متفاعلاً معها.
- توصلت الدراسات إلى أن الإصابة بالفصام تكثر في بعض فصول السنة حيث تزداد نسبة حدوثه في الشتاء وبداية الربيع وتحديداً بين شهر يناير وإبريل في نصف الكرة الشمالي، وبين يوليو وسبتمبر في نصف الكرة الجنوبي.
- وفيما يتعلق بعدد الحالات الفصامية المترددة على العيادات النفسية للعلاج في أمريكا على سبيل المثال وجد إنخفاضاً في عدد حالات الفصام المترددة على أقسام المستشفيات الداخلية بنسبة تتراوح بين ٤٠ و ٥٠% من عام ١٩٦٥ حتى عام ١٩٧٥.
- ويعالج - أيضاً في أمريكا - ما يقارب الـ ٨٩% من مرضى الفصام في العيادات الخارجية في الوقت الراهن.
- وأن تكلفة علاج مرضى الفصام (فقط في أمريكا على سبيل المثال لا الحصر) تصل إلى حوالي (١٠٠) مليار دولار في العام.
- في حين وجد في مصر أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية حوالي ١٥,٣% من حالات الفصام (كافة الأنواع) وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية، نظراً لأن الأخيرة تستقبل حالات منتقاه من الذهان. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

## تعريف مرض الفصام:

١ - في علم النفس: يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي كالآتي:

"الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان، ويعد أكثر الأمراض الذهانية إنتشاراً. وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والإنفعالية والحركية والإدراكية. وكان كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى. ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها. ومن هنا أيضاً اشتق اسم امراض حيث يشير إلى أي جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومة بعضها عن بعض، وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها".

ولحالات الفصام طائفة من الخصائص المميزة والمشاركة عادة أبرزها هو البلادة الإنفعالية، والتفكك في ترابط السلوك ومدى مناسبتها للموقف.

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

## ب - في الطب النفسي:

"الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتثير تغييراً عميقاً من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب حياتيو لا تتسق مع الواقع" (سيلفانو أريتي، ١٩٩١، ٢٢)

## تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لمرض الفصام:

هناك عدة محاولات أمكن من خلالها التعرف على مرض الفصام، وفيما يلي تقدم موجزاً لهذه المحاولات.



أ - يعد الطبيب النفسي البلجيكي (بينديكت موريل Morel.B ) أول من وصف الفصام رسميًا حي أطلق عليه مسمى " الخرف المبكر"، وكان هذا عام ١٨٥٢م.

ب - ثم جاء بعد ذلك الطبيب النفسي الألماني (إميل كريبلين Kraepelin.E) والذي أطلق على مجموعة من الأمراض التي تظهر في سن المراهقة. أطلق عليها اسم الخرف المبكر وكان هذا عام ١٨٩٦. إلا أن الجديد الذي قدمه - إنزال - هو مجموعة من المعايير التي يتم الإستناد إليها في تشخيص هذا (الخرف المبكر - عكس الحال مع موريل).

#### معايير إميل كريبلين لتشخيص مرض الخرف المبكر:

- اضطراب الإنتباه والقدرة على الفهم.
- الهلاوس (خاصةً الهلاوس السمعية).
- سماع المريض لأفكاره.
- ضحالة الإنفعالات بل وجمودها وأحيانًا عدم مناسبتها للموقف.
- إختلال الوظائف المعرفية خاصةً الحكم الصائب على الأمور.
- شعور المريض - بل وإعتقاده - بأن هناك قوى خارجية تسيطر على أفكاره.
- إختلال محتوى التفكير (ويمكن رصد أكثر من محور ودلالة في هذا الأمر).
- رصد العديد من السلوكيات المرضية مثل: إنخفاض الدافعية، المحاكاة، التفعيل، التهيج الكتانوني، النمطية ..... إلخ.

ج - يعد الطبيب السويدي "يوجين بلويلر Bleuler,U " أول من أطلق اسم الفصام أو (العقل المشطور) على هذا المرض. وكان هذا عام ١٩١١. وكان يرى بضرورة أن يتم التشخيص وفقًا للعديد من الاضطرابات الأساسية وهي:

### اضطرابان جوهريان:

- اضطراب التفكير.
- اضطراب الإنفعال.
- الاضطراب الذاتي أو الشعور بالذات.
- اضطراب الإرادة.
- ثنائية الوجدان.
- الذاتية (أو الإنكفاء على الذات دون أخذ الآخر في الاعتبار).

### أعراض إضافية:

- اضطراب الإدراك الحسي (الهالوس بمختلف أشكالها).
  - الضلالات.
  - اضطراب الذاكرة (سواء للأحداث القريبة أو البعيدة).
  - تغير نمط الكلام والكتابة.
  - وجود العديد من الأعراض الجسمية.
  - وجود العديد من الأعراض الكتانونية.
- أ - والمعايير السابقة تقريباً قد ذكرها "كورت شنابد Schender.Q" وإن اختلفت أسس الترتيب؛ حيث يركز بدايةً على الهالوس السمعية، وصولاً إلى ما يسميه بالإفلاس أو الفقر الإنفعالي.
- ب - إن المحاولات السابقة والرائدة قد جعلت الأبحاث والملاحظات تتزايد حول هذا المرض العقلي، والذي أدرج ضمن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الأمريكي.

### تشخيص مرض الفصام:

سوف نعتمد في هذا الحيز على المعايير التشخيصية التي ذكرت في الدليل التشخيصي الرابع الأمريكي.

معايير تشخيص القسام وفقاً للدليل التشخيصي الرابع:

- ١ - وجود ضلالات.
- ٢ - وجود هلاوس.
- ٣ - تفكك الكلام (مثل إنحراف مسار التفكير، وعدم ترابط الكلام).
- ٤ - تفكك السلوك بصورة جسيمة أو ظهور السلوك الكتاتوني.
- ٥ - ظهور العديد من مظاهر السلوك والأعراض السالبة مثل: ضحالة الإنفعال، عدم مناسبته للموقف، إفلاس وفقر الفكر، فقدان الإرادة.

ملحوظات:

- أ - لابد من توافر اثنين من الأعراض السابقة (أو أكثر، لكي يشخص الفرد في هذه الفئة).
- ب - أن تستمر الأعراض فترة من الوقت لا يستهان بها خلال مدة هر واحد، إذا عولج المريض بنجاح.
- ج - وجود أكثر من صورة من صور إختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية مثل:
  - تدني مستوى الأداء في مجال رئيسي واحد أو أكثر بصورة جسيمة مثل: (العمل، العلاقات الإجتماعية، رعاية الذات) مقارنةً بالمستوى والمظهر السابق على ظهور الأعراض.
- د - إستمرار علامات المرض لفترة ستة أشهر على أقل تقدير على أن تشمل تلك الفترة أعراضاً مستمرة لمدة شهر واحد على الأقل (أو مدة أقل إذا عولج المريض بنجاح).
- هـ - أن تكون هذه الأعراض نشطة.
- و - استبعاد القسام الوجداني واضطرابات الوجدان المصحوبة بالأعراض الذهانية للأسباب الآتية:-

- عدم مصاحبة أعراض إكتئاب أو هوس أو أعراض مختلفة لأعراض المرض النشطة للفصام.
- أو: في حالة ظهور أعراض اضطراب وجداني أثناء مرحلة الأعراض النشطة تتصف مدتها الإجمالية بالإقتضاب عند مقارنتها بمدة إستمرار الأعراض النشطة أو المتبقية عن المرض.
- إستبعاد سوء إستخدام المواد المخدرة أو الإصابة باضطراب الذاتية في الطفولة، أو قصور النمو، لا يضاف تشخيص الفصام إلا عند توافر ضلالات أو هلاوس بارزة بالإضافة إلى أعراض الاضطراب الأصلي بصورة مستمرة، لمدة لا تقل عن شهر (أو أقل عند النجاح في علاج المريض). (DSM IV, 1994)

#### أعراض الفصام:

يمكن تلخيص أعراض الفصام بصورة عامة في المظاهر والعلامات الآتية:-

#### ١ - اضطرابات التفكير Thinking Disorders:

وتقسم إلى الاضطرابات الآتية:

- أ - اضطراب في التعبير عن التفكير.
- ب - اضطراب في مجرى التفكير.
- ج - اضطراب التحكم في التفكير.
- د - اضطراب محتوى التفكير. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### ٢ - اضطراب الإدراك Perceptual Disorders:

وتأخذ المظاهر الآتية:-

أ - إدراك أشياء لا وجود لها في الواقع مثل الهالوس "Hallucination"، حيث يحس الفرد أحاسيس ليست لها تنبيهات حقيقية (وتكون هالوس سمعية، بصرية، شمية، لمسية، تذوقية).

ب - سوء التأويل "Illusions"، حيث تدرك الأشياء الموجودة في الواقع ليست كما هي موجودة بالفعل؛ بل يدركها في صورة أو أكثر وبصورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية. (فرج طه، ١٩٧٩)

### ٣ - اضطراب الإنفعال Emotion Disorders:

ويأخذ المظاهر الآتية:

أ - عدم إتساق الإنفعال مع المواقف الخارجية (حيث يفرح في المواقف التي لا تستدعي ذلك).

ب - التبدل الإنفعالي وعدم مبالاته بكافة الأحداث التي تقع في نطاق البيئة التي يعيش فيها.

ج - عدم ثبات الإنفعال: حيث نجد الفصامي عرضه لحالات وقتية وذبذبات إنفعالية مستمرة أو متكررة، وقد ينتقل من حالة إنفعالية إلى حالة إنفعالية مناقضة تماماً وبدون إستغراق وقت طويل. (محمد حسن غانم وآخرون، ٢٠٠٣)

### ٤ - اضطراب الإنتباه Attention Disorders:

ويأخذ المظاهر الآتية:

أ - سهولة تحول إنتباه الفرد من موضوع لآخر بالرغم من محاولة تركيز إنتباهه على الموضوع الأول.

ب - تبدل الإنتباه بحيث يصعب أن يستثار إنتباه الفرد نحو موضوع معين.

ج - الدخول في حالات من الهذيان والذهول، والتي تقلل من قدرة الفرد على الإنتباه للمواقع المحيطة به.

د - الدخول في حالة غيبوبة Comatose حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به، ويكاد يستحيل على امتنبهات الخارجية جذب إنتباهه إليها واستجابته لها وإستئثارها إياه.(فرج طه، ١٩٧٩)

#### ٥ - اضطراب الإرادة Volition Disorder :

ويأخذ المظاهر الآتية:

- أ - عدم القدرة على المبادرة بوضع الخطط.
- ب - عدم القدرة على ممارسة الأنشطة.
- ج - الإفتقاد إلى المعنى والهدف.
- د - الإفتقاد إلى القدرة على المثابرة لحل أي مشكلة.
- هـ - السلبية التامة.
- و - قد يعتقد بوجود قوى خارجية تسيطر على سلوكه، (وأنه لا حول له ولا قوة). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### ٦ - اضطرابات السلوك وانحرافه وشذوذه Behavioral Perversions, Abnormalities :

ويأخذ المظاهر الآتية:

- أ - إنحراف السلوك وخروجه عن المألوف.
- ب - قد يرتكب العديد من صور وأنواع الجرائم.
- ج - قد يقدم على العديد من صور الإنحرافات الجنسية Sexual Perversions ، والتي تتمثل في أن يحقق الشخص إستمتاعه الجنسي بشكل أساسي عن غير الطري السوي.
- د - ويدخل ضمن إنحرافات السلوك وشذوذه: اضطرابات النطق، والكلام، والتردد، وإرتعاشات بعض أجزاء الجسم، وإتيان أفعال حركية لا معنى لها، ومع ذلك يجبر على تكرارها.(فرج طه، ١٩٧٩)

## أنواع الفصام:

تتعدد التصنيفات التي قدمت للفصام، ومنها:

### ١ - الفصام الهذائي Paranoid Schizophrenia:

ويتميز بوجود هذاء وأفكار وامعتقدات غير واقعية - منظم وثابت مع احتفاظ الشخصية عادةً بإمكانياتها العقلية، أو أن محور تصرفات المريض تدور حول هذا الهذاء الذي يعتقه، والذي لا يشك للحظة في واقعيته وصدقه. أما عن الأفكار الهذائية التي يمتقها الشخص فهي كثيرة ويمكن حصرها في فئات شائعة ثلاث هي:-

- هذاء العظمة Delusion Of Grandeur.
- هذاء الإضطهاد Delusion Of Persecution.
- هذاء الغيرة Delusion Of Jealousy. (فرج طه، ١٩٧٩)

تشخيص الفصام البارانويدي:

- ١ - فرط الإنشغال بضلالات منشقة مع كثرة ظهور الهالوس السمعية المتعلقة بموضوع واحد فقط.
- ٢ - عدم ظهور أي عرض من الأعراض الآتية.
  - عدم ترابط الكلام.
  - تفكك أو اصر التفكير.
  - ضعالة الإنفعال.
  - عدم توافق الإنفعال مع التفكير.
  - عدم توافق الإنفعال مع المواقف.
  - السلوك الكتانوني.
  - تفكك السلوك وعدم ترابطه بشكل جسيم. (DSM IV, 1994)

### ب - الفصام المنظم Disorganized Schizophrenia :

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني. وقد يميل المريض في هذا النوع من الفصام إلى الإكتئاب البسيط؛ إلا أن الحالة المزاجية في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجداني المتطرف ما بين الحزن والفرح. إضافة إلى أن الإنفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط. (ميلفانو أريتي، ١٩٩١)

تشخيص الفصام المنظم:

- ١ - عدم ترابط كلام، تفكك أو اصر التفكير بصورة شديدة أو فرط تفكك السلوك.
- ٢ - ضحالة الإنفعال، وعدم توافقه مع المواقف والتفكير.
- ٣ - لا تطبق عليه معايير تشخيص النوع الكتاتوني. (DSM IV, 1994)

### ج - الفصام الكتاتوني Catatonic Schizophrenia :

ويبدأ هذا النوع من الفصام في سن متأخرة بين ٢٠ - ٤٠ سنة، ويتميز باضطرابات الحركة. وأهم أعراض الاضطرابات الكتاتونية والتي تأخذ المظاهر الآتية: السبات والذهول والغيبوبة الكتاتونية، الهياج الكتاتوني، السلبية المطلقة، المداومة على حركة أو وضع معين، الطاعة العمياء أو الأوتوماتيكية، المداومة على الحركات المشابهة، اضطراب الكلام، اضطرابات جسمية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تشخيص الفصام الكتاتوني:

- ١ - الذهول أو الخرس .
- ٢ - السلوك السلبي.
- ٣ - التصلب أو الجمود أو عدم المرونة.
- ٤ - إتخاذ الجسم أوضاعاً غريبة.
- ٥ - المراددة والمحاكاة. (DSM IV, 1994)



### د - الفصام غير المتميز Undifferentiated schizophrenia:

وهي حالات ذهانية تشتوي في الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة (في باقي أنواع الفصام)، وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي وإكتئاب ما بعد الفصام). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### تشخيص الفصام غير المتميز:

- ١ - ضلالات بارزة، هلاوس، عدم ترابط الكلام والسلوك غير المترابط وبصورة جسيمة.
- ٢ - لا تنطبق عليه معايير الفصام الهذائي أو الكاتوني أو الفصام المفكك. (DSM IV, 1994)

### ر - فصام متبقي Residual schizophrenia:

ويعد هذا النوع من الفصام مرحلة مزمنة في مسار تطور المرض الفصامي تم فيها إنتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة ثانوية تتميز بأعراض واختلالات سلبية طويلة المدى، وإن ليست بالضرورة غير معكوسة الإتجاه (بطء نفسي حركي، قلة نشاط، تبلد في الوجدان، سلبية وإفتقار إلى المبادرة، فقر في كمية أو مضمون الكلام، فقر في التواصل الالفاظي من خلال تعبيرات الوجه، إنخفاض في مستوى الأداء الإجتماعي). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### تشخيص الفصام المتبقي:

- ١ - عدم وجود ضلالات بارزة، أو هلاوس، أو عدم ترابط الكلام، أو السلوك غير المترابط بصورة جسيمة.
- ٢ - وجود ما يفيد إستمرار الاضطراب من خلال عرضي أو إثني من أعراض تخلف المرض. (DSM IV, 1994)

## هـ - الفصام البسيط Simple Schizophrenia:

مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة، ولا يعاني من الهلاوس والضلالات، وعرضه الرئيسي إنزواء المريض وإبتعاده عن المواقف الإجتماعية والعمل، ولا يتضمن الدليل الرابع هذا النوع. (Kaplan, H., Sadock, B., 1996)

وإن كانت المعلومات الطبية عن هذا النوع من الفصام قد أشارت إلى الآتي:-

- أن هذا النوع من الفصام من أصعب الأنواع تشخيصاً نظراً لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقة عن بعض الأمراض واضطرابات الشخصية.
- يبدأ في سن مبكرة ما بين ١٥ - ٢٠ سنة.
- يزحف ببطء وتدرجياً حتى ينتهي إلى التدهور التام للشخصية.
- يتميز باضطرابات الوجدان والإرادة والفكير.
- ينتشر هذا النوع من الفصام بين أقرباء مرضى الفصام، وبين موظفي الدرجات السفلى، وبين المدمنين والمجرمين والمتحرفين جنسياً.
- ولذا يجب أخذ الإنطواء والإنعزال وفقد الإهتمامات بحدٍ شديد حتى لا يكون بداية لمرض الفصام البسيط (أحمد عكاشة، ١٩٩٨) (سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

### أسباب مرض الفصام:

تتعدد أسباب مرض الفصام، ويمكن حصرها في:-

#### أولاً: العوامل البيولوجية:

- ١ - الوراثة: نشأ الاعتقاد بأن للفصام أساساً وراثياً من ملاحظة إرتفاع معد حدوثه في عائلات معينة دون أخرى، وتمت ملاحظة ذلك على مدى ثلاثة

أجيال. فإذا كان أحد الأبوين أو أحد الإخوة قد أصيب بالفصام؛ فإن نسبة حدوثه بين باقي الأفراد تتراوح بين ٤ - ١٠٪ (سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

ولذا فإن بحوث الوراثة ترجح أن الفصام يورث عبر جينات متعددة، كما يتضح من دراسة التوائم ومن دراسات التبني، ومما يدعم هذا الاعتقاد أن الفصام ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى للمريض حوالي ١٠ إلى ١٢٪، وأن نسبة إنتشاره بين أبناء الأبوين المصابين بهذا المرض قد وصل إلى ٥٠٪. (Kaplan, H., Sadock, B, 1996)

ب- عوامل بيولوجية: ويمكن تقديم العديد من الأدلة العلمية من خلال:-

- ١- فرض التوادرنالين: حيث وجدت الأبحاث أن زيادة نشاط هذا الناقل في الفصام يؤدي إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي للمثيرات الحسية الواردة من البيئة.
- ٢- فرض حامض أمينوبيوتريك: حيث يؤدي انخفاض نشاط هذا الناقل إلى زيادة الدوبامين.
- ٣- فرض الدوبامين: حيث وجدت الدراسات والملاحظات أن أعراض الفصام تعود إلى زيادة حساسية مستقبلات ناقل الدوبامين العصبي، أو زيادة نشاط هذا الناقل في المخ. وبين العلماء الآن اعتقاد مؤداه أن المسارات الدوبامينية الخاصة بمنتصف لحاء قشرة المخ وبالفص الطرقي تلعب دوراً جدياً هاماً في الفصام وحدوث أعراضه.
- ٤- فرض السيروتونين: حيث تمت ملاحظة أن ناقل السيروتونين يتخذ مساراً غير طبيعي في بعض مرضى الفصام المزمن. حيث تقيد بحوث بإنخفاض نسبته في الدم، وبحوث أخرى تؤكد ارتفاع

نسبته في الدم والمهم أن هذه الأبحاث (رغم إختلافها) قد أكدت حقيقة وجود إختلالات في الوظيفة.

٥ - مواد مهلوسة: حيث رأى البعض أن بعض المواد الأمنية الموجودة أساساً في الجسم تتحول إلى مواد تسبب الهلوس من خلال عمليات تمثيل كيميائي غير طبيعية. بيد أن هذا الفرض يحتاج إلى مزيد من التجارب للتدليل على مثل هذا الافتراض.

(ديفيد. هملس، ٢٠٠٠، ص ص ٢٨٠ - ٣٥٨)

### ثانياً: أسباب نفسية:

بالرغم من حديثنا هنا عن الأسباب النفسية إلا أن العوامل البيولوجية والوراثية لا يجب أن تغيب عنا لأن الأسباب النفسية غير السوية وحدها لا تؤدي إلى الفصام مالم تكن هناك تهيئة بيولوجية. إضافة إلى ضرورة الأخذ في الاعتبار أن العوامل البيولوجية ليست علة كافية للفصام مالم تؤازرها سلسلة من الظروف النفسية غير المواتية. ويلخص سلفانو أريتي تاريخ أو بدايات الإصابة في الفصام من خلال أربعة مراحل هي:

المرحلة الأولى: وهي مرحلة الطفولة المبكرة حيث يعيش المريض بكثافة إنفعالية داخل أوضاع أسرية يخبرها بقوة بالغة وعلى نحو غير سوي.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة الطفولة المتأخرة فغالباً ما يكتسب المريض خلالها نمطاً خاصاً من الشخصية مالم يتم تصحيحه على نحو ما وأخذ تلك الأنماط هو النمط الشيزودي (الإنطوائي)، حيث يتوقع الشخص علاقات غير مرضية مع الآخرين فيصبح ميالاً للعزلة، وأقل إنفعالاً، وأقل اهتماماً وإندماجاً مع الآخرين.

المرحلة الثالثة: تبدأ عادة مع المراهقة. حيث يتبع الفرد ميكانيزمات تمليها عليه طبيعته الإنعزالية. فيتبع الآخري في صمت، ويظل شخصاً منعزلاً بلا صاحب مع العديد من مشاعر اليأس وأنه لا أمل في المستقبل ويدرك صورة الذات (كشيء مدمر).

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة التي يتجلى فيها المرض بصورة غير الكلينيكية الصريحة، فتتقطع الروابط بين المريض والواقع وينسحب منه بطريقة لافتة للنظر بل ويصبح العالم مرعباً والخطر يتهده في كل مكان. ولا سبيل أمامه للهروب. (سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

### ثالثاً: الأسباب الإجتماعية – الثقافية:

حيث يركز أصعب هذه النظرية على العوامل الإجتماعية. وقد تم التوصل إلى بعض الخطوط الرئيسية في هذا الصدد حيث تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتي:

- أ - يعاني الوالدين أو أحدهما من الذهان أو من الحد الفاصل للذهان.
- ب - تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى.
- ج - يعيش الأب والأم في حالة طلاق عاطفي مع إعوجاج واضح في الحياة الزوجية.
- د - وجود الأشخاص في عائلات يبدو الإكتئاب بينها واضحاً إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز.
- هـ - ولذا فإن الأسر الفصامية تتجلب أطفالاً فصامين عكس الحال في الأسر السوية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)









## المرأة واضطرابات الوجدان

### محتويات الفصل

- المرأة واضطرابات الوجدان
- مدى انتشار الاضطرابات الوجدانية.
- حقائق عن الاضطرابات الوجدانية
- تعريف الاضطرابات الوجدانية.
- أ- تعريف علم النفس.
- ب- تعريف الطب النفسي.
- تصنيف الاضطرابات الوجدانية.
- أولاً: الاكتئاب الجسيم وأنواعه وتشخيصه وأنواعه.
- ثانياً: اضطراب عسر المزاج.
- ثالثاً: اضطراب الهوس: تعريفه وتشخيصه وأنواعه.
- رابعاً: اضطرابات إزدواج القطبية: الأنواع – محركات تشخيصية
- أولاً: أسباب بيولوجية.
- ثانياً: أسباب نفسية - اجتماعية.



## الفصل الخامس

### المرأة واضطرابات الوجدان

### اضطرابات الوجدان أو المزاج

### Mood Disorders

#### مدى إنتشار الإضطرابات الوجدانية:

تعد اضطرابات الوجدان (المزاجية أو الإنفعالية) من أكثر الاضطرابات شيوعاً، وهي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية. ويكفي القول أن ٥٠ - ٧٠٪ من محاولات الإنتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الإكتئاب. ومن العسير تحديد نسبة إنتشار هذا المرض نظراً لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولا تتردد على الأطباء.

وعلى سبيل المثال: تقدر منظمة الصحة العالمية في دراستها المسحية للإكتئاب في العالم: أن هناك ما لا يقل عن ١٠٠ مليون شخص يعانون من الإكتئاب وفي مناطق متعددة. وأن هذا العدد من المصابين بالإكتئاب يؤثر فيما لا يقل عن ثلاثة أضعاف هذا العدد في الآخرين الذين يتعاملون أو يتواجدون معه. (Sartorius, 1993, pp: 147 - 155)

كما أن هذه الاضطرابات تنتشر بصورة كبيرة في عالمنا العربي. فعلى سبيل المثال وجد أحمد عكاشة: أن نسبة الاضطرابات الوجدانية الخاصة بالاضطرابات الإكتئابية إقتربت كثيراً بين الريف والحضر وتلاشت الاختلافات حيث وجد نسبة الأعراض الإكتئابية بين مجموع الشعب في مجموعة ريفية حوالي ٣٦٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢٪. أما الاضطرابات الوجدانية فتراوحت نسبتها ما بين ٤ - ٧٪ من هذه العينة. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٦٢)

وقد وجد عبد الستار إبراهيم إنتشار العديد من مظاهر الاضطرابات الإكتئابية بين أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية بما في ذلك: الميل إلى اللوم الذاتي (٦٥٪)، والشعور بالعجز (٥٢٪)، فقدان الشهية (٤٩٪)، اضطرابات النوم (٣٨٪). وبالمثل فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات متضمنات مرضية منها: العجز عن التركيز (٥٤٪)، الخجل الشديد (٥٣٪)، التشنج عندما تتور أعصابهم (٤٢٪)، والصعوبات الدراسية (٣٣٪). (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٣٧)

كما أن التقارير الطبية والكلينيكية تؤكد إنتشار هذه الاضطرابات في كثير من دول العالم (بفض النظر عن محك التقدم من عدمه). فقد وجد عكاشة أن نسبة الاضطرابات الوجدانية بين مرضى النفوس في مصر تصل إلى ٢٤.٥٪ نوزعة كالآتي:

- ١٩.٧٪ إكتئاب تفاعلي (عسر المزاج).
- ٨.٦٪ ذهان المرح الإكتابي (اضطراب وجداني ثنائي القطب).
- ٥.٢٪ إكتئاب سن اليأس (نوبة إكتئابية متأخرة). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٦٢)

#### حقائق حول الاضطرابات الوجدانية:

- ١ - لوحظ أن هذه الاضطرابات يزيد إنتشاره بين الطبقات المثقفة مقارنة بالطبقات التي لا يسود فيها الثقافة.
- ٢ - لوحظ أن هذه الاضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات العليا (ذات المستوى الإقتصادي - الإجتماعي المرتفع عكس الحال في الطبقات الدنيا والتي يسود فيها مرض الفصام).

- ٣ - تتزايد نسبة الاضطرابات الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال، وتصل النسبة إلى ٢:٣ ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج النفسي أكثر من الرجال.
- ٤ - وجدت العديد من الدراسات أن حوالي ٣/٤ مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية النواوية قبل المرض (والتي تتميز بسمات نفسية - وجدانية، وجسمية، حيث يميل الجسم إلى البدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما).
- ٥ - يرى البعض أن الشخصية النواوية ما هي إلا محك من خلاله الإرتكان إلى حقيقة (إحتمال) إصاب الفرد بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- ٦ - يتنبأ الكثير من العلماء بزيادة هذه الاضطرابات مستقبلاً؛ نظراً للعديد من العوامل الإجتماعية والإقتصادية، والتي تقود بدورها إلى زيادة الضغوط، واضطراب القيم، والتي تنعكس بلا شك على نفسية الفرد فتصيبه بهذا الاضطراب.

### تعريف الاضطرابات الوجدانية:

#### أ - تعريف علم النفس للاضطرابات الوجدانية:

يقصد به عدم مناسبة الإنفعال - سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه - للموقف الذي يعايشه الفرد، وعلى هذا فسوف نجد العديد من الاضطرابات الإنفعالية منها: الاضطراب الهوسي وفيه يبدو الشخص مرحاً، متفائلاً، سعيداً، مرتفع الروح المعنوية وهناك الاضطراب المناقص والذي يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدو الشخص حزيناً مهموماً، متشائماً يائساً من الحياة وقد تتأوب الحالتان السابقتان على نفس الشخص؛ فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة من الإكتئاب المباشر، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء، أو قد يبدأ نوبة من الإكتئاب تليها نوبة الهوس وهكذا.

كما أن هناك عرضاً آخر من اضطرابات الوجدان يتمثل في: عدم الاستقرار الإنفعالي Emotional instability، ويتمثل في ضعف سيطرة الشخص على إنفعالاته بحيث يستثيرها أضعف المثيرات، كذلك تعد البلادة الإنفعالية Emotional Heberude نوعاً من الاضطرابات الوجدانية، حيث تبدو إنفعالات الشخص متبلدة إزاء ما يسمع أو يرى من أحداث. (فرج طه، ١٩٧٩، ٧١ - ٧٢)

#### ب - تعريف الطب النفسي:

يعرف اضطراب الوجدان بأنه نبرة إنفعالية مسيطرة تمتد من الحزن إلى الإنتعاش، وما بينهما من درجات متفاوتة من الإنتعاش. وتتصف اضطرابات الوجدان بظهور مشاعر إكتئاب أو إنتعاش غير سوية تصحبها سمات ذهانية في بعض الحالات الشديدة. وتنقسم إلى اضطرابات مزدوجية القطبية (Bipolar) وأخرى إكتئابية. (المراجع الحديث المترجم)

#### تصنيف الاضطرابات الوجدانية:

وتصنف إلى الاضطرابات التالية:

#### أولاً: اضطراب الإكتئاب الجسيم Major Depressive Disorder:

وهناك العديد من المعايير والمحكات التي يمكن الإستناد إليها في التشخيص:-

#### ١ - معايير لشخص نوبة الإكتئاب الجسيم وفق الدليل الرابع:

ومن هذه الأعراض:-

- ١ - وجدان مكثب طوال معظم ساعات اليوم (كما يؤكد ذلك المريض أو الأشخاص المحيطين به).
- ٢ - انخفاض ملحوظ في الإهتمامات والشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام.

- ٣ - انخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم عدم إتباعه نظام (ريجيمي) خاص، أو حدوث إزدیاد في الوزن على أن تتجاوز الزيادة نسبة ٥% من وزن الجسم في الشهر الواحد.
- ٤ - الأرق و فرط النوم (المعاناة من صورة أو أكثر من صور اضطرابات النوم).
- ٥ - البطء الحركي أو الإفراط الحركي يومياً على وجه التقريب.
- ٦ - سرعة الشعور بالإجهاد، وضعف النشاط يومياً.
- ٧ - الشعور بالدونية، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف (قد يرقى إلى مستوى الضلالة) وذلك بصورة يومية.
- ٨ - ضعف القدرة على التركيز والتفكير، ووجود صعوبات في اتخاذ قرارات يومية.
- ٩ - كثرة الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده، ووجود أفكار إنتحارية متكررة دون خطة محددة، أو محاولة الإنتحار، أو التخطيط للإنتحار.

#### ملاحظات:

- أ - لكي يشخص نوبة الإكتئاب الجسيم لابد من توافر خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة.
- ب - أن يعاني لشخص من هذه الأعراض لمدة أسبوعين متتاليين.
- ج - أن نلاحظ وجود تغييرات في قدرة المريض (مقارنةً بالسابق).
- د - يشترط ألا تنطبق على الأعراض معايير نوبات الوجدان المختلطة.
- هـ - يشترط أن تؤدي الأعراض إلى معاناة ظاهرة، أو تعطل في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات الأخرى.

و- يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء، أو نتيجة مرض جسمي عام (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية).

ز- ألا تنطبق على الأعراض معايير الفجعة Bereavement، أي الحزن الناتج عن وفاة شخص محب وقريب من نفس الشخص. (DSM IV, 1994)

#### ب- بيانات تستند إلى تاريخ الحالة:

إذ لابد من توافر الأعراض الآتية:

- ١- المجزعن الإحساس باللذة Anhedonia .
- ٢- الإنطواء، والانسحاب تدريجياً من محيط الأسرة والأصدقاء.
- ٣- معاناة الشخص من العلامات والأعراض الجسدية الآتية:-
  - أ- فقدان الرغبة الجنسية.
  - ب- فقدان الشهية للطعام وبالتالي انخفاض الوزن.
  - ج- زيادة الوزن الناتج من الشره للطعام.
  - د- انخفاض في مستوى النشاط.
  - هـ- سرعة الشعور بالإجهاد.
- و- اضطرابات الدورة الشهرية (لدى السيدات).
- ز- المعاناة من اضطراب أو أكثر من اضطرابات النوم. ويعد الإستيقاظ المبكر من النوم (أرق نهاية الليل) القاسم المشترك لدى مرضى الإكتئاب؛ حيث يعاني حوالي ٧٥٪ من مرضى الإكتئاب من أرق النوم أو فرط النوم.
- د- الإمساك.
- م- الصداع المستمر (دون سبب عضوي واضح).



٤ - أن الفحص النفسي لمريض الإكتئاب يوقفنا على وجود العناصر التالية: -

أ - السلوك والمظهر العام للمريض: ويتضح من خلال العلامات الآتية: -

- البطء النفس حركي أو القوران (الإفراط) النفس حركي.
- تجنب النظر في وجه المعالج (أو الآخرين الذين يتحدثون معه).
- سرعة البكاء.
- إنكسار خاطر.
- عدم الإهتمام بالمظهر الشخصي الخارجي.

ب - الإنفعال: حيث نلاحظ أن الشخص:

- مكتئب.
- عصبي.
- سريع الشعور بالإحباط.
- تتنابه حالة مستمرة من الحزن (دون ارتباط ذلك بأحداث خارجية).

ج - الكلام: حيث نجد الآتي: -

- قليل.
- ينذر أن يصدر تلقائيًا.
- مقتضب.
- فترات طويلة من الصمت.
- نبرته خافتة وناعمة ورتيبة.

د - محتوى التفكير: حيث نلاحظ الآتي (إبان الفحص النفسي): -

- وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية حيث تتاب ٦٠٪ من مرضى الإكتئاب.

- يقدم ١٥٪ من مرضى الإكتئاب على الإنتحار.
- الإجتراح الوسواسي.
- تغفل مشاعر الدونية.
- سيطرة الشعور بالذنب.
- إنشغال دائم ومستمر ومكثف بإمكانية حدوث اضطرابات وقوف في وظائف الجسم.
- فقر وضحالة في محتوى التفكير.
- وجود هلاوس وضلالات تدور في الغالب حول محاور العدمية، والفقر، والشعور بالذنب.

#### هـ - الوظائف المعرفية: حيث نجد:-

- تشتت الإنتباه.
  - صعوبة في التركيز.
  - شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.
  - فقر في القدرة على التجريد.
  - فقدان الإستبصار.
  - ضآلة في الحكم على الأمور.
- و - علامات ترتبط بفئات العمر: حيث وجدت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية وجود علامات معينة تميز فئات الإكتئاب وفقاً للفئة العمرية التي ينتمي إليها الشخص.

#### ز - إبان الطفولة: حيث نجد العلامات الآتية:-

- تسود الشكاوى الجسدية.
- الإفراط الحركي.

- الهلاوس السمعية ذات الصوت الواحد.
- المعاناة من مظهر أو أكثر من علامات القلق.
- المعاناة من مظهر أو أكثر من علامات المخاوف المرضية.

ج - إبان مرحلة المراهقة: حيث نجد العلامات الآتية: -

- سوء استخدام المواد المخدرة.
- الهروب من المدرسة.
- العريضة الجنسية.
- الحساسية المفرطة - المرضية لأي إنتقادات من جانب الآخرين لسلوكياته.
- عدم الإستقرار.
- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المضادة للقيم وعادات وتقاليد المجتمع.
- متاعب دراسية (أو مهنية).
- عدم مراعاة النظافة الشخصية.

م - إبان مرحلة الشيخوخة: - حيث نجد العلامات التالية:

- فقدان الذاكرة.
- اضطراب الوعي.
- الخرف الكاذب أو خرف الكتاب.
- تبلد الإنفعال إزاء الأحداث التاريخية.
- فرط تشتت الإنتباه.

لـ علامات أخرى يمكن من خلالها تشخيص نوبة الإكتئاب الجسيم:

- يصيب هذا المرض النساء أكثر من الذكور.
- تؤدي العوامل المرسية إلى المرضي في ٢٥٪ من الحالات.
- يتصف بتقلب الأعراض النهارية حيث تصبح أكثر سوءاً في الصباح الباكر.
- ظهور البطء أو الفورن النفس حركي تصعبه أعراض جسمية وضلالات متوافقة مع الوجدان.
- يصيب الأشخاص لأول مرة في سن الأربعين أو إن كان ظهوره في أية سن واردة.
- تلعب العوامل الوراثية دوراً في حدوثه.

تصنيف الإكتئاب الجسيم: ويصنف إلى الفئات الآتية:-

#### ١ - الإكتئاب المصحوب بسمان سوداوية Melancholic:

ويشخص وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع كالاتي:-

- ١ - شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كاف.
- ٢ - فقدان الشهية ونقص الوزن الشديد.
- ٣ - بطء حركي أو فرط حركي.
- ٤ - الإستيقاظ في ساعات مبكرة من الصباح (أي قبل موعد استيقاظه المعتاد بساعتين على الأقل).
- ٥ - يزداد الإكتئاب سوءاً في الصباح وبصورة منتظمة.
- ٦ - وجود علامة أو أكثر من العلامات التي تميز الوجدان المكتئب.

ملاحظات:

- لا بد من توافر ثلاثة أو أكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص.
- ظهور عرض من العرضين التاليين عند ظهورها أثناء أكثر فترات النوبة الحالة شدة: -

- أ - فقدان الإحساس باللذة تجاه كافة الأنشطة أو معظمها.
- ب - فقدان القدرة على الاستجابة للمؤثرات الممتعة في العادة؛ أي أن لشخص لم يعد يستمتع بالأحداث السارة (كما كان العهد به في الماضي).

#### أ - نوبة الإكتئاب الجسيم المزمنة: -

وتتصف بالآتي:

- تستمر لمدة تزيد على السنتين على الأقل.
- أكثر حدوثاً لدى الذكور من المسنين.
- تصيب أكثر الأشخاص الذين يسيئون استخدام المخدرات والكحوليات.
- تبلغ نسبته من ١٠ إلى ١٥٪ من جميع حالات الإكتئاب الجسيم.
- قد تحدث في سياق نوبات الاضطرابات المزوجة القطبية من النوع الأول ومن النوع الثاني.

#### ب - الإكتئاب الموسمي Seasonal Depression:

ويتصف بالآتي:

- يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار في فصلي: الشتاء والخريف.
- يختفي هذا النوع من الإكتئاب في فصلي: الربيع والصيف.
- يتصف المصاب به بفقرط النوم والإفراط في إلتهاام الطعام، والبطء النفس حركي.

ويثير الإكتئاب الموسمي العديد من القضايا:

### ج - قضية الأسباب: وقد ذكر في هذا الصدد راين

**الأول:** أن الإصابة به لها علاقة بتمثيل مادة البلاتونين التي تضرزها الغدة الصنوبرية.

**الثاني:** أن تعرض المريض للضوء يمنع الإصابة بهذا المرض، ولذا نجد العديد من الشركات الأمريكية تعرض للبيع أجهزة تشتمل على لوحات كهربية تصدر أصواتاً وأشعة ضوئية مماثلة للشمس. إلا أن هذه المحاولات العلاجية غير مؤكدة تماماً.

إن قضية التفسير بأشعة الشمس أثارت تساؤل مؤداه: إذا كان هذا الأمر يحدث في الدول الأوروبية فماذا عن الدول التي تتعرض لدرجة وفيرة من أشعة الشمس كالدول الأفريقية والشرقية؟؟؟

وقد طرح هذا التساؤل على مجموعة من الطلاب فأكدوا أن البهجة تتأهب حين تقرب الشمس (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢٠)

يطرح أيضاً عبد الستار إبراهيم ملاحظة مؤداه أنه لاحظ أن نوبات الإكتئاب تزيد في موسمي الكريسماس وعيد رأس السنة، مع الأخذ في الاعتبار أن هذين الميدين يحلان في الشتاء، فهل لذلك صلة بانتشار الإكتئاب الموسمي في تلك الفترات من السنة؟؟؟ (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢٠)

### د - إكتئاب النفاس: ويلصف بالآلي: -

- يصيب النساء اللاتي سبقن إصابتهن باضطراب وجداني أو اضطراب نفسي آخر في معظم الأحيان.
- تظهر نوبات إكتئاب شديدة أثناء الأسبوع الرابع من الولادة.
- تشمل أعراض هذا النوع من الإكتئاب العلامات الآتية: الأرق، عدم الثبات الإنفعالي، شعوره بالإنهاك لأقل مجهود، التفكير في الإنتحار.

- قد تتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل وليدها (الأمر الذي يقتضي إتخاذ العديد من التدابير حماية للطفل وللأم).
- قد تظهر خلال حالات النفاس: نوبات من الهوس، ونوبات مختلطة (هوس - إكتئاب)، واضطراب ذهاني مختصر.

#### هـ - الإكتئاب اللا فطري السمات: ويصنف بالآلي: -

- زيادة الوزن.
- كثرة النوم.
- يصيب النساء أكثر من الرجال.
- قد يظهر في سياق الإصابة باضطرابات القلبية المزوجة من النوع الأول والثاني. وأثناء الإصابة بمسر المزاج.

#### و - إكتئاب الطفولة: ويصنف بالآلي: -

- تطبق عليه نفس علامات وأعراض إكتئاب الراشدين.
- قد يظهر بصورة مقنعة ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية:
  - ١ - هروب الطفل من المنزل.
  - ٢ - عدم الإنتظام في المدرسة.
  - ٣ - معاناته من خواف مرضي من المدرسة.
  - ٤ - سوء إستخدام المواد المخدرة (خاصة المواد المتطايرة والتي وجدت العديد من الدراسات إنتشارها بنسبة كبيرة لدى الأطفال والمراهقين).
  - ٥ - قد يقدم الطفل على الإنتحار.

#### م - الإكتئاب المزوجة:

- تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض بين ١٠ إلى ١٥٪.
- يطلق على مرضى اضطراب عسر المزاج الذين يصابون بإكتئاب الجسيم بالإضافة إلى مرضهم الأصلي.

#### د - الخرف الكاذب:

- هذا المرض يصيب المستن في العادة.
- يحدث بصورة أكثر بين المرضى الذين سبق لهم الإصابة باضطراب وجداني.
- يطل على حالات الإكتئاب التي تبدى من خلال أعراض تشبه الخرف.
- يسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفي.
- يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محورين: -
- الصدمات الكهربائية.
- مضادات الإكتئاب.

#### هـ - إكتئاب لم يسبق تصيبه:

- يطلق على السمات الإكتئابية التي لا تنطبق عليها معايير اضطراب وجداني محدد مثل:
- اضطراب الإكتئاب الخفيف.
- اضطراب الإكتئاب المختصر والمتكرر.
- اضطراب سوء المزاج السابق على الدورة الشهرية.
- تلك كانت أنواع الإكتئاب الجسيم.. وهي كما نرى متعددة وحقاً فإن الإكتئاب يرتدي أثواباً متعددة ومتنوعة ويصيب كل الأشخاص ومن جميع الفئات والأعمار.

#### ثانياً: اضطراب عسر المزاج (Dysthymic Disorder):

ويتصف بالآتي:

- أقل شدة من الإكتئاب الجسي.
- أكثر إنتشاراً وإزماناً لدى الإناث مقارنة بالذكور.



- تكون بداياته متدرجة.
- يصيب الأشخاص الذين سبق لهم التعرض للضعوط النفسية ولفترات طويلة، أو تعرضوا لخسائر مالية مفاجئة، أو خسروا أشخاص كانوا يرتبطون بهم بالموت أو الخوادر.
- قد يتزايد مع اضطرابات نفسية أخرى مثل:
- تعاطي المخدرات.
- معاناة الشخص من اضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية.
- معاناة الشخص من مرض الوسواس القهري.
- تزداد الأعراض سوءاً في نهاية اليوم.
- يبدأ الإصابة بهذا المرض - في الغالب - في سن العشرينيات أو الثلاثينيات من عمر الفرد. إلا أنه يوجد نوع مبكر يبدأ قبل سن الواحدة والعشرين.
- أكثر انتشاراً بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى الإكتئاب الجسيم.
- لكي يتم تشخيص الفرد لا بد من توافر إثني من الأعراض التالية على الأقل:-

- ١ - ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام.
- ٢ - مشكلات النوم.
- ٣ - سرعة التعب والإنهاك.
- ٤ - إنحطاط في تقدير الذات.
- ٥ - المعاناة من ضعف التركيز.
- ٦ - التردد وعدم القدرة على إتخاذ القرارات.
- ٧ - المعاناة من مشاعر اليأس وتفشيها داخل نفس الشخص.

### ثالثاً: الهوس Mania:

ويعرف الهوس في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي - بأنه - شأنه شأن الإكتئاب - حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون في الجانب الإنفعالي للشخص. والشخص في حالة الهوس يكون مناقضاً تماماً لحالة الإكتئاب؛ حيث نجده مملوء بالنشاط والإنشراح والسرور والبهجة والرضا عن النفس، ويكون نشاطه الحركي والفكري سريعاً ومتعجلاً... وكثيراً ما يتعرض المهووس للهلاوس والأفكار الهذائية التي توحى بإمتيازه وبِعظمته، وتساند حالة الإنشراح والانبساط التي تميز إنفعالاته وتنعكس على تصرفاته. ويرى التحليل النفسي أن حالة الهوس هي رد فعل لمعاناة الشخص من حالة إكتئاب أعمق يعاني منها.

وتقسم الموسوعة الهوس إلى الأنواع الآتية:

- هوس الإغتسال Abluto mania.
  - هوس الدين Religious Mania.
  - هوس الشراء Pluto mania.
  - هوس الثثرة Logorrhea.
  - هوس جنسي Groto Mania.
  - هوس السرقة Klepto Mania.
  - هوس الكذب Mytho Mania.
  - هوس المخدرات Narco Mania.
  - هوس الرقص Dancing Mania. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ٨٢٩ - ٨٣٣)
- إلا أن كتب الطب النفسي تصنف في الغالب الهوس إلى الأنواع الثلاثة الآتية:

أ - هوس خيف Hypomania.

ب - هوس بدون أعراض ذهانية Mania without Psychotic symptoms.

ج - هوس مع أعراض ذهانية Mania with Psychotic symptoms. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٢٤٣ - ٢٤٦).

وهناك عدة معايير يتم من خلالها تشخيص نوبة الهوس:

#### ١ - تشخيص الهوس وفقاً للدليل الرابع

حيث نجد الأعراض والعلامات الآتية:-

- ١ - تفخيم صورة الذات (واعتقاد العظمة).
- ٢ - انخفاض الشعور بالحاجة إلى النوم (حيث من الممكن أن ينام الشخص فقط ساعتين أو ثلاثة ويشعر بالراحة والنشاط).
- ٣ - عدم ترابط الأفكار والانتقال من موضوع إلى آخر.
- ٤ - سرعة تشتت الإنتباه.
- ٥ - زيادة الإنغماس والإنهماك في الأنشطة التي تجلب له اللذة والتشوة.
- ٦ - غزارة وثرأء في الكلام بصورة تفوق سلوكه المعتاد.
- ٧ - زيادة في ممارسة الأنشطة: الإجتماعية - المهنية - الأكاديمية - الجنسية .....

ملاحظات هامة:

- أ - لا بد من توافر ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص.
- ب - أو وجود أربعة أعراض على الأقل إذا كانت العصبية هي الإنفعال السائد.
- ج - ألا تطبق على الأعراض معايير تشخيص النوبات المختلفة.

د - أن تقود شدة اضطراب الوجدان إلى إختلال الوظائف المهنية أو العلاقات والأنشطة الإجتماعية (مما يقتضي ضرورة إدخال المريض المستشفى حماية لنفسه وللآخرين من الإيذاء).

هـ - ألا تكون الأعراض سابقة ناتجة من:-

- تماطي مواد مخدرة أو كحوليات.
- تناول أدوية نفسية لا تقي الأعراض.
- عدم إصابة الفرد بمرض جسمي مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية.

ب - معايير أخرى تساعد في التشخيص - مثله:

١ - معلومات مستمدة من دراسة تاريخ الحالة: من خلال ملاحظة العلامات والأعراض التالية:

أ - المبالغة في السلوك مثل:

- التبذير والسعة في الإنفاق.
- الإفراط في لعب (الكوتشينة) أو القمار.
- الإفراط في ممارسة الجنس والعريضة الجنسية.
- (مما يدخل الفرد في مشاكل مع الطرف الآخر في حالة الرقص، أو قد يجعله يدخل في نزوات قد تقوده إلى العديد من المشاكل).

ب - التوسع والرغبة في (التكوين) على كل المناصب والمسؤوليات.

ج - سرعة الشعور والإستسلام للإحباط.

د - وجود العلامات الجسمية الآتية:

- زيادة في الرغبة الجنسية.
- نقص الوزن.

- فقدان الشهية.
- المعاناة من اضطرابات النوم (الأرق الذي يأخذ صورة عدم الشعور بالحاجة إلى النوم).
- النشاط المفرط وعدم الإستقرار في مكان محدد.
- ٢ - الإستناد إلى بيانات مستمدة من الفحص الطبي النفسي مثل:

### ج - السلوك والمظهر العام، وينصف كالآتي:

- الإفراط النفس حركي.
- السلوك الهادف إلى لفت أنظار الجنس الآخر.
- إرتداء ملابس زاهية وذات ألوان ملفتة للأنظار.
- المبالغة في إستخدام مساحيق الزينة.
- إرتداء مجموعة غريبة أو متنافرة من الملابس.
- التطفل على الآخرين والتدخل فيما لا يعنيه في شؤون الآخرين.
- خفة الظل.
- السخرية من كل شيء.
- سرعة الإستثارة (بما لا يتناسب مع المثير أو الموقف الذي حدث).

### د - الإنفعال، ويتميز بالآتي:

- إنفعالات حادة.
- إنفعالات شديدة.
- إنفعالات متقلبة (حيث من الممكن أن ينتقل إنفعال الفرد من النقيض إلى النقيض).

### د - مخنوع التفكير: حيث نجد السمات أو العلامات الآتية: -

- المبالغة في تقدير الذات.
- الشعور بالعظمة.

- المبالغة في الاهتمام بالذات وفقط (يرتدي نظارة لا يرى منها ومن خلالها إلا ذاته).
- يعاني من ضلالات (بصورة أقل وتدور حول العظمة).
- تتفق ضلالاته وهلاوسه حول العديد من الموضوعات التي تدور حول ذاته مثل: اعتقاد مبالغ فيه بأهميته وقوته.
- إن الضلالات والهلاوس قد تتراوح ما بين محوري العظمة والإضطهاد.

#### هـ الكلام: بلصاف بالآلي:

- الإلحاح.
- مرتفع النبوة.
- يميل إلى المبالغة وتقخيم الأحداث.
- يركز على إثارة العوطف والإنفعالات.
- غير مفهوم (وفي بعض الأحيان نتيجة عوامل متعددة مثل: السرعة، الإنتقال من موضوع إلى آخر، استخدام مصطلحات غريبة.... إلخ)

#### و - عمليات التفكير: حيث أنه ومن خلال الفحص نجد الآلي:

- عدم ترابط الأفكار وإنسيابها.
- تسارع الأفكار.
- تمكك (أو إختلال) الكلام.
- استخدام مصطلحات جديدة.
- الميل إلى السجع والتورية والعديد من المحسنات البيديمية والبلاغية في الحديث.
- الإسترسال في الكلام.
- الشطط في الكلام (أي ضعف العلاقة أو حتى عدم وجود علاقة من الأساس ما بين الفكرة التي تليها).

## م - الإستنباط وسلامة الحكم على الأمور: حيث نجد الآتي:

- الإفتقاد إلى الإستنباط (الدرجة أن كثير جداً من هؤلاء الأفراد ينكرون من الأساس إصابتهم بالمرض).
- العجز عن إتخاذ أي قرار منظم أو يستند إلى أنواق والمنطق.

## رابعاً: اضطرابات إزدواج القطبية Bipolar Disorders:

ويأخذ الأنواع الآتية:

### ١ - اضطراب إزدواج القطبية - النوع الأول Bipolar I:

ويشخص من خلال:

- تطبيق على المريض كافة معايير نوبة الهوس.
- أو ينطبق على المريض نوبة مختلطة كاملة.
- قد يتزامن مع نوبات إكتئاب جسيم أو هوس خفيف Hypomania.
- اضطراب تتطلب شدته في العادة دخول المريض المستشفى.

### ٢ - اضطراب إزدواج القطبية - النوع الثاني Bipolar II:

ويشخص من خلال:

- يتضح من خلال دراسة وفحص تاريخ الحلة أن المريض قد أصيب بنوبة إكتئاب جسيم مرة واحدة على الأقل.
- أو أصيب بنوبة هوس خفيف Hypomania مرة واحدة على الأقل.
- ألا يكون المريض قد صيب بنوبات الهوس.

### ٣ - اضطراب إزدواج القطبية سريع القلب Rapid Cycling:

ويتصف بالآتي:

- يتصف هذا النوع بظهور نوبات الإكتئاب والهوس.
- يتم التبادل بفواصل زمني قدره يومين أو خمسة أيام.
- يتسم بظهور نوبات مختلطة أو سريعة القلب.
- يكون عرضة لإتخاذ شكل مزمنًا.

### ٤ - هوس اطراقة:

- تظهر أعراض الهوس السابقة.
- قد تختفي هذه العلامات إذا لجأ المراهق إلى:-
- تعاطي المخدرات.
- تعاطي الكحوليات.
- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المناهضة للمجتمع.

### ٥ - اضطراب المزاج الدوري Cyclothymic Disorder:

ويتصف بالآتي:

- اضطراب أقل شدة من اضطراب إزدواج القطبية.
- تظهر خلاله الإصابة بفترات من الهوس الخفيف بالتبادل مع الإكتئاب متوسط الشدة.
- يتصف بمساره المزمن.
- يخلو من الأعراض الذهانية.
- يتطلب تشخيصه إستمرار وجود لأعراض لفترة لا تقل عن سنتين.



- تتساوى نسبة حدوثه في الإناث مع الذكور.
- تبدأ الإصابة به تدريجياً.
- يظهر لأول مرة في نهاية مرحلة المراهقة وبدايات سن الرشد.
- ينتشر بصورة كبيرة لدى الفئات التي تقبل على تعاطي المواد المخدرة والكحوليات.
- ينتشر الإكتئاب الجسيم واضطراب ازدواج القطبية بين أقارب المريض من الدرجة الأولى.
- يؤدي عدم الثبات الوجداني إلى ظهور العديد من المشاكل الأكاديمية والمهنية والاجتماعية.

#### أسباب الاضطرابات الوجدانية:

تتعدد النظريات التي حاولت تفسير أسباب الإصابة باضطرابات الوجدان. ويمكن - في عجلة - تقديم هذه الأسباب والتفسيرات في:

#### أولاً: الأسباب البيولوجية:

ونستطيع حصر التفسيرات في هذا الجانب في الجوانب الآتية:

##### أ- الغدة النخامية:

- حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الفردية احتمالية الإصابة بالاضطرابات الوجداني، حيث تم رصد الآتي:
- إختلال مدخول لأمينات البيولوجية التي يتلقاها تحت المهاد.
  - يزداد نشاط محور ما تحت المهاد؛ حيث وجدت الدراسات مثلاً زيادة نشاط الغدة النخامية والكظرية في حالات الإكتئاب، كما ينخفض في الإكتئاب. أيضاً إطلاق الهرمون الحاد لإفراز الغدة الدرقية، كم ينخفض هرمون الذكورة (التستسترون)، كما تقل وتضعف الوظائف المناعية في الإكتئاب والهوس على حد سواء.

### ب- العوامل الوراثية:

حيث وجدت الملاحظات الآتية:

- تشير الأدلة إلى انتقال المرض عن طريق الوراثة تبدو أكثر وضوحاً في اضطراب ازدواج القطبية.
- يظهر هذا الاضطراب على حد سواء بين أفراد من أسرة المريض.
- احتمال ظهور اضطراب وجداني في طفل يصل إلى ٢٥٪ إذا كان أحد الوالدين مصاباً باضطراب ازدواج القطبية من النوع الأول، وتزداد التوقعات بإصابة الطفل إلى نسبة ٧٥٪ إذا كان الوالدين مصابين بالمرض.
- إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالإكتئاب الجسيم؛ فإن احتمالات إصابة الطفل باضطراب الوجدان تتراوح بين ١٠ - ١٣٪، وهكذا...
- لم يتم التأكد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محددة، بيد أن لدراسات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة (الخاصة بالكروموزومات ١١، ٥، والكروموزمو الخاص بالجنس x) وبين الإصابة بأي مرض من أمراض اضطرابات الوجدان.

### ج- عوامل عصبية كيميائية: وتتلخص في:-

- انخفاض تركيز الأمينات الحيوية في المخ مثل (السيروتونين، ونورأدرينالين، الدوبامين)، وخاصة في حالات الإكتئاب.
- زيادة تركيز الأمينات الحيوية في المخ (السابق الإشارة إليها) في حالات الهوس.
- تغير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أسيتيك (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هوموفانيليك - المشتق من الدوبامين).
- اختلال ضبط منظومة الأدرينالين والإستاتيل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية.

## ثانياً: الأسباب النفسية - الاجتماعية:

حيث توجد العديد من النظريات التي حاولت تقديم تفسيرات نفسية - اجتماعية لأسباب الإصابة باضطرابات الوجدان.

### ١ - نظرية التحليل النفسي:

يفسر التحليل النفسي الإكتئاب - على سبيل المثال - على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات، وأن الشخص قد يخبر فقدراً حقيقياً لموضوع الحب أو فقدراً متخيلاً. هذا الإحساس بالفقد يولد العديد من مشاعر الرفض والغضب والعدوان. إلا أن هذا الغضب المستثار ضد (طرف) موجود في الخارج قد (يتحول) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب؛ لأنه يعتقد أنه السبب في حدوث هذا الفقد وبالتالي نجد لدى الشخص المكتئب إثارة لمشاعر الذنب والدونية وتحقير الشأن، بل إن تقديره لذاته يعتمد على تقدير الآخرين له. (Ingram, 1994m, p: 120)

ومن جهة أخرى يعد الهوس والانتعاش من الوسائل الدفاعية ضد الإكتئاب المزمن والكامن؛ حيث نجد أن الأنا الأعلى يتميز بالقوة والعدوانية والتصلب وعدم المرونة. وقد وصف فرويد الإزدواج الوجداني تجاه المحبوب المستدخل، والذي يؤدي إلى حداد مرضي إذا ما كان المحبوب قد فقد بالفعل أو بصورة رمزية مع وجود أفكار إنتحارية.

### ب - نظريان العلم:

وسوف نقتصر حديثنا في هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned helplessness لسيلجمان، والذي أكد على أن الإكتئاب - كمثال - إستجابة متعلمة. نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للأمن والأمان ولا مهرب منها. وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات وكانت نظريات التعلم متكئاً لها، ولم يكتبف سيلجمان بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تعود إلى الإكتئاب، بل وصف العوامل التي تقود إلى العلاج وبث الأمل وتقديم الدعم للمريض وهي المنطلقات الأساسية التي إنطلقت منها باقي نظريات التعلم (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٣٧ - ١٤٤ - ١٤٤ (Culbertson, 1997, pp: 25-31).

### ج - النظريان المعرفية:

حيث وصف هارون بيك الثلاثية المعرفية والتي تقود إلى الإكتئاب، والتي تتكون من:

- ١ - نظرة سلبية للذات (أنا سيء وشخص فاشل).
- ٢ - التفسير السلبي للخبرات (كأن كل شيء سيئاً على الدوام).
- ٣ - التوقع المستمر للفشل.

إضافة إلى تبني الشخص المكتئب على سبيل المثال العديد من الأفكار اللا عقلانية والتي يرددها الفرد لنفسه (اضطراب في التفكير يقود إلى اضطراب في الوجدان، ثم يقومان بدورهما إلى وجود اضطراب في السلوك). (Ellis & Dryden, 1987) (محمد حسن غانم، ٢٠٠٢).

الفصل السادس

# المرأة

واضطرابات التحكم في السلوك  
الإندفاعي واضطرابات التوافق





## المرأة واضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق

### محتويات الفصل

١- اضطرابات التحكم في انسلوك الإندفاعي

• الوبائيات.

أولاً: اضطرابات النوبات العدوانية المفاجئة

• معايير تشخيص اضطراب النوبات في العدوانية المفاجئة.

ثانياً: هوس السرقة: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

ثالثاً: هوس إشعال الحرائق: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

رابعاً: هوس المقامرة المرضية: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

خامساً: هوس نتف الشعر: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص

سادساً: اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي لم يسبق تخصيصها.

• أسباب اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي.

ب- المرأة واضطرابات التوافق: التعريف - الوبائية - الأنواع - محكات التشخيص.





## الفصل السادس

### المرأة واضطرابات التحكم

#### في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق

##### Control and Adjustment Disorder — Impulse

وهو أحد اضطرابات القلق، ويشير إلى مجموعة من الحالات الناتجة من الضيق الذاتي، أو الاضطراب الإنفعالي غالباً ما تتداخل مع وظيفة الأداء الاجتماعي. وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغيير ذي دلالة في الحياة، أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد، وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص (موت عزيز - خبرات انفصال)، أو في الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية (لعجزه)، أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسار نماء الفرد (الإحالة إلى التقاعد مثلاً).

#### أولاً: اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي

##### الوبائيات:

##### ١ - نوبات العدوان الفجائية:

- أكثر انتشاراً بين الذكور.
- تبلغ نسبة إنتشاره بين المترددين على خدمات الطب النفسي التابعة لاحدى الجامعات حوالي ٢٪.
- يوجد الذكور المصابون بالمرض في المؤسسات العقابية بصورة رئيسية، وذلك لإرتكابهم جرائم تدنيهم وتجعلهم يقعون تحت طائلة القانون.
- بينما توجد الإناث في مستشفيات الطب النفسي وفي بعض المؤسسات العقابية.
- هذا الاضطراب أكثر إنتشاراً بين أقرباء الدرجة الأولى للمصاب بهذا الاضطراب.

## ٢ - هوس السرقة:

- نسبة إنتشاره غير معروفة.
- أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور.

## ٣ - هوس إشعال الحرائق:

- نسبة إنتشاره غير معروفة.
- أكثر إنتشاراً بين الذكور.
- تشير البحوث إلى وجود علاقة بين إشعال الحرائق وممارسة القسوة مع الحيوانات المنزلية الأليفة.

## ٤ - اطفاءة اطرابية:

- تتراوح نسبة إنتشار هذا الاضطراب - كمثال - في الولايات المتحدة الأمريكية بين ١ - ٢٪.
- هذا الاضطراب أكثر إنتشاراً بين الذكور.
- ينتشر الإدمان على الكحوليات بين أباء المضطربين بهذا الاضطراب.  
(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

## ٥ - هوس نلف الشعر:

- نسبة إنتشاره غير معروفة.
- قد يتزايد مع اضطراب الوسواس القهري.
- أكثر إنتشاراً بين الإناث.
- قد يتزامن - أيضاً - مع اضطراب الإكتئاب والشخصية البينية.  
(Kaplan, H., SADock, B, 1996)
- أشارت بعض الدراسات إلى أنه ينتشر بنسبة ٢٪ بين الجمهور العام.
- والفروق بين الجنسين غير معروفة.

- وأن الحالات التي تتقدم للعلاج من هذا الاضطراب إلى العيادات النفسية من الإناث أساساً.
- وأن الكثير من المتريدرات للعلاج ذكرن أنهم يقمن بهذا السلوك بصورة قهرية، وأنهم قد قدموا للعلاج النفسي خوفاً من الدخول إلى (الجنون). (Swedo, 1993)

### تعريف اضطرابات التحكم:

وتعني عدم القدرة على مقاومة الإنصياع لنزوة أو دافع يمثل خطراً على الآخرين، وعلى النفس، ويولد في نفس الفاعل شعوراً بالذلة والإشباع في معظم الأحيان. (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

يقسم الدليل الرابع هذه النوبة من الاضطرابات إلى ٦ فئات.

### أولاً: اضطرابات نوبات العدوانية المفاجئة Intermittent Explosive Disorder:

#### ١ - تعريفه:

ويتصف بمجموعة من السلوكيات العدوانية التي تضر الآخرين.

#### ٢ - معايير لشخيص اضطراب نوبات العدوانية المفاجئة وفقاً للدليل الرابع:

- أ - عدة نوبات منفصلة تتصف بالعجز عن مقاومة النزعات العدوانية، مما يؤدي إلى إعتداءات خطيرة على الغير أو تدمير الممتلكات.
- ب - عدم تناسب درجة العدوان التي تتبدى أثناء النوبة مع أية ضغوط نفسية/اجتماعية بصورة كبيرة.
- ج - لا تنطبق على نوبات العدوان معايير اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع، أو اضطراب الشخصية البيئية، أو اضطراب ذهاني، أو نوبة هوس، أو اضطراب السلوك، أو اضطراب قصور الإنتباه ونقص الحركة. وألا تكون النوبات نتيجة مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء نفسي، أو بسبب مرض عضوي (مثل تعرض الدماغ للرض ومرض الزهايمر). (DSM IV, 1994)

## ثانيًا: هوس السرقة Kleptomania:

### ١ - تعريفه:

دافع قوي للسرقة، بحيث تصبح وكأنها حواز أصيبت به الشخصية، وعادةً يسرق المريض بهذا المرض أشياء تافهة أو ليس في حاجة إليها، وكان السرقة هدف في حد ذاته، والسرقة في هذه الحالة تكون رمزًا لدافع قوي في أعماق المريض يجعله يفضل إنتزاع الإشباع بالقوة وبالشكل غير المشروع عما لو أتاها بشكل مشروع. ويكون دافع المريض بهوس (أو جنون) السرقة من القوة والإلحاح بحيث لا يستطيع مقاومته أو الهروب منه، وهو دليل على فقدان الحب في مستوى لا شعوري. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٢٨٦ - ٢٨٧)

### ٢ - معايير تشخيص هوس السرقة وفق الدليل الرابع:

- أ - تكرار العجز عن مقاومة دافع سرقة أشياء لا يحتاج إليها السارق لإستخدامه الشخصي، أو من أجل قيمتها المالية.
- ب - تصاعد الإحساس بالتوتر قبل الإقدام على ارتكاب السرقة مباشرة.
- ج - شعور باللذة والإشباع أو الراحة يصاحب قيامه بفعل السرقة.
- د - لا يقدم الشخص على السرقة للتعبير عن الغضب أو للإنتقام، كما لا يسرق إصبياعًا وإستجابةً لضلالة أو لإحدى الهلاوس.
- د - لا تطبق على السرقة معايير اضطراب السلوك، أو نويات مرض الهوس، أو اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع.

### ثالثاً: هوس إشعال الحرائق Pyromania:

#### ١ - تعريفه:

هو سلوك مرضي يتصف بالرغبة التي لاتقاوم إلى إشعال الحرائق من أجل الشعور بالسرور أو لإشباع دافع داخلي لا يستطيع مقاومته، أو لتهديئة التوتر الضعيف الذي يستشعره داخلياً.

#### ٢ - محكات لتشخيص اضطراب هوس إشعال الحرائق وفقاً للدليل الرابع:

- أ - تعتمد إشعال الحرائق في أكثر من مناسبة واحدة.
- ب - نشعور بالتوتر أو الآثار الإنفعالية يسبق القيام بالفعل.
- ج - الإنبهار بالحرائق، والمواقف المحيطة بها، والإهتمام أو الإنجذاب إليها أو الفضول بشأن كل ما يتعلق بها (مثل: الأدوات، أو المعدات ذات الصلة بإشعال الحرائق، وإستخدامها والمواقف المترتبة على ذلك الإستخدام).
- د - ألا يكون الإقدام على فعل إشعال الحرائق بدافع تحقيق مكسب مادي، أو بدافع عقيدة سياسية أو إجتماعية، أو بدافع الإنتقام أو بدافع التعبير عن الغضب، أو لتحسين الظروف المعيشية أو إنصياًعاً لضلالة أو هلاوس، أو نتيجة إختلال القدرة على صواب الحكم على الأمور (كما في حالات الخرف والتخلف العقلي أو للتأثر بمادة مخدرة).
- هـ - ألا تتطبق معايير اضطراب نفسي آخر على إشعال الحرائق مثل اضطراب السلوك، أو نوبة هوس، أو اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع. (DSM IV, 1994)

رابعاً: هوس المقامرة المرضية (إدمان القمار) Pathological Gambling:

#### ١ - تعريفه:

بداية يجب أن نشير إلى أن هناك مشكلة في تحديد مصطلح المقامرة المرضية للأسباب الآتية:

- أ - ندرة الحقائق المتعلقة بسلوك المقامرة.
  - ب - كثرة المشاككات الخاصة بالمنهج السليم دراسة سلوك المقامرة.
  - ج - تضارب واختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة.
  - هـ - كثرة المجالات التي تناولت سلوك المقامرة؛ حيث تم تصنيفها ضمن على الإدمان Addictionology، وعلم البيولوجيا والوراثة والباثولوجيا.... إلخ
  - و - تداخل مصطلح المقامرة مع العديد من المصطلحات الأخرى مثل المقامرة المرضية، المرفقراطية المرضية الكامنة، المقامرة المرضية المحتملة، المقامرة القهرية، إدمان المقامرة..... إلخ
- لكن المقامرة كما يعرفها (فولبيرغ ومور) هي: حالة إكلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدي إلى تمزيق شخصية الفرد وتهدد كيانه ومهنته وأسرته، وكأن المقامرة بهذا الشكل مرض خبيث ينشب أظافره في جميع جوانب الشخصية الاجتماعية، وله طبيعة الانتشار السرطاني، أي أنه اضطراب كلي دينامي ووظيفي في الخارج والداخل.
- (أكرم زيدان، ٢٠٠٥، ١٨ - ٢٢)

#### ٢ - معايير لتشخيص المقامرة المرضية [إدمان القمار] وفقاً للدليل الرابع:

- أ - لعب القمار بصورة متصلة ومتكررة وغير متوافقة كما يتضح من توافر خمسة أو أكثر من المعايير الآتية: -

- ١ - إنشغال البال بالقمار (مثل الإنشغال بالعودة إلى معايشة خبرات سابقة، أو التخطيط لجولة لعب القمار المقبلة، أو التفكير في إفسادها، أو الإنشغال بطرائق الحصول على المال اللازم لكي يمارس لعب القمار).
- ٢ - الشعور بالحاجة إلى المقامرة بكميات متزايدة من المال لتحقيق الإثارة المرجوة.
- ٣ - فشل المحاولات السابقة المتكررة للسيطرة على المقامرة أو تقليلها أو الكف عنها.
- ٤ - الشعور بعدم الاستقرار والعصبية عند محاولة التقليل من لعب القمار أو التوقف عنه.
- ٥ - الإقدام على لعب القمار للهروب من المشكلات، أو لتخفيف عسر المزاج (مثل مشاعر العجز أو الذنب أو القلق أو الإكتئاب).
- ٦ - يعود لعب القمار بعد خسارة مالية لتعويض خسائره.
- ٧ - يكذب على أفراد أسرته والمعالج لإخفاء مدى تورطه في لعب القمار.
- ٨ - إرتكاب أفعال غير مشروعة مثل التزوير أو النصب أو السرقة أو الاختلاس لتمويل إستمراره في اللعب.
- ٩ - أن يتسبب القمار في خسارة علاقة مهمة أو وظيفة أو فرصة دراسية أو مهنية.
- ١٠ - يعتمد على غيره في الحصول على المال للخروج من المآزق المالية التي يؤدي إليها لعب القمار.
- ١١ - ألا تنطبق على إدمان لعب القمار معايير تشخيص اضطراب نفسي آخر مثل نويات الهوس (DSM IV, 1994)

## خامساً: هوس نتف الشعر Trichotillo Mania:

### ١ - تعريفه:

اضطراب هوس نتف الشعر زملة أو مجموعة من الأعراض تتمركز حول نتف الشعر من الجسم بطريقة قهرية؛ بحيث لا يستطيع الشخص (المصاب بهذا الاضطراب) أن يقاوم الدفعات التي تجعله ينزع الشعر من فروة الرأس، أو الحواجب، أو الرموش، أو أي منطقة أخرى من مناطق الجسم.... وأن الشخص لا يهدأ (أو يستقر) قلقه إلا بعد أن يقوم بهذا السلوك، وما أن يشعر بالهدوء حتى يعاود نزع الشعر مرة أخرى (استجابة لدافع أو دفعات قهرية لا يستطيع الفكك منها). (Swedo, 1993)

### ٢ - معايير لتشخيص هوس نتف الشعر أو نزع الشعر وفق الدليل الرابع:

- أ - نتف الشعر بصورة متكررة، وبصورة تؤدي إلى فقدانه بصورة ملحوظة.
- ب - إزدیاد الإحساس بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة، أو عند محاولة مقاومة هذا الدافع للنتف.
- ج - الشعور باللذة والإشباع أو الراحة عند نتف الشعر.
- د - ألا تنطبق على الحالة معايير اضطراب نفسي آخر، أو أن ينتج ذلك من الإصابة بمرض عضوي مثل الإصابة بمرض جلدي.
- هـ - أن يؤدي الاضطراب إلى معاناة إكلينيكية ظاهرة أو إلى تعطيل الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو وظائف أخرى مهمة. (DSM IV, 1994)

### سادساً: اضطرابات تحكم في السلوك الإندفاعي لم يسبق تخصيصها:

تشمل هذه الفئة اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي (مثل: نتف الجلد) التي لا تنطبق عليها معايير إي اضطراب محدد من هذه الاضطرابات، كما تشمل اضطراب نفسي آخر من سماته: فقدان السيطرة على السلوك الإندفاعي من التي سبق وصفها في الدليل مثل الإعتماد على مادة (تعاطي مادة مخدرة)، أو اضطراب أحد الانحرافات الجنسية. (DSN IV, 1994.p.284)



## الأسباب:

تتعدد الأسباب والإجهادات التي قدمت لاضطراب التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق، ويمكن حصر هذه الأسباب في:-

### أولاً: العوامل البيولوجية:

- الأبحاث قليلة جداً في هذا المجال بصفة عامة.
- وقد وجدت بعض المؤشرات التي تظهر في رسم المخ الكهربائي لبعض الأنواع حيث وجدت تغييرات غير طبيعية.
- وقد ظهر على بعض المرضى تداخل في سيطرة فص المخ وبعض العلامات الطفيفة الدالة على إصابة الجهاز العصبي المركزي ولا سيما في نوبات العدوان الفجائية.
- وجدت بعض الدراسات أن تناول المريض الذي لديه هذا الاضطراب للخمر والمخدرات؛ فإن ذلك يقلل من قدرة الشخص على التحكم في سلوكه الإندفاعي (إبطال الكف). (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

### ثانياً: الأسباب النفسية:

تتعدد الأسباب والعوامل النفسية في هذا الصدد. فعلى سبيل المثال تم دراسة الأسباب إلى اللجوء إلى المقامرة من خلال منظورين:

الأول: أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون؛ حيث تلخصت الأسباب من وجهة نظرهم في:-

- ١ - الرغبة الشديدة في الفوز بالثروة الكبيرة.
- ٢ - التسلية والمتعة والتشويق والإثارة.
- ٣ - التغلب على الاضطرابات الوجدانية.
- ٤ - المسيرة الاجتماعية والاندماج في وسط اجتماعي.

الثاني: دراسة الأسباب من وجهة نظر دينامية - سلوكية.

- ١ - اللجوء إلى ما يسمى بنموذج الحالة - الحاجة - state model ، ويتلخص في أن (حالة لديها إدمان القمار)، يجب النظر إليها كظاهرة فردية تتشكل حسب طبيعة وظروف كل فرد وحاجاته الشخصية.
- ٢ - الأخذ في الاعتبار سلوك المخاطرة Risk - taking الموجود لدى المقامر، والذي يلجأ إليه لتحقيق العديد من الدوافع، وإشباعاً للعديد من الإحتياجات.
- ٣ - اللجوء إلى اللذة والتي تتزايد أثناء المقامرة خاصةً عندما يريد المقامر ان يهرب من بعض مشاكله باللجوء إلى القمار.
- ٤ - الاستقرار لدى المقامر المرضي؛ وهو دافع قهري يجعل الفرد من نفسه مركزاً ثابتاً للإنتباه.
- ٥ - النظرية لدى المقامر المرضي من خلال إستراق النظر، وإختلاسه لمشاهدة أشخاص أثناء اللعب.
- ٦ - السادية لدى المقامر المرضي من خلال لذة تعذيب الآخرين.
- ٧ - المازوخية لدى المقامر المرضي من خلال تعذيب الذات.
- ٨ - أو إرتباط هذه الأعراض (خاصة لعب القمار المرضي) بإكتئاب مقنع؛ حيث يعبر اللاعب عن رغبة لا شعورية في الخسارة والتعرض بالتالي للعقاب. (Kaplan, H., SADOck, B, 1996)

### التشخيص الفارق:

- ١ - صراع الفص الصدغي Temporal Lobe Epilepsy يتصف بوجود بؤر غير طبيعية في الفص الصدغي تفسر نوبات العدوان أو هوس السرقة أو هوس إشعال الحرائق.

- ٢ - إصابات الدماغ: يستطيع الممارس الكشف عنها باستخدام وسائل تصوير المخ التي تبين الآثار المتخلقة عن الإصابة.
- ٣ - اضطراب القطبية المزدوجة، النوع الأول: قد يمثل لعب القمار سمة من السمات المصاحبة لنوبة الهوس.
- ٤ - الاضطرابات المرتبطة بتعاطي مخدر أو عقار، وهذا يتضح من خلال القيام بدراسة الحالة.
- ٥ - الأمراض العضوية: ينبغي إستبعاد الأمراض العضوية أو أورام المخ والأمراض التنكسية، وأمراض الغدد الصماء عند تشخيص فئة من فئات اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي.
- ٦ - الفصام: حيث أنه من المعروف أن مريض الفصام يعاني من الهلوس والضلالات التي قد تساهم في تفسير سلوكه الإندفاعي. (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

### العلاج لاضطرابات التحكم في السلوك:

تعتمد المداخل العلاجية على قدر تعدد المداخل التي تناولت الأسباب وسوف نشير بصفة عامة إلى أنواع العلاجات التي تصلح لعلاج اضطراب التحكم في السلوك، ثم نخصص الحديث لعلاج كل اضطراب من اضطرابات التحكم في السلوك على حده.

### أولاً: العلاج بالدواء:

وهذا النوع من العلاج يفيد خاصة إذا توافر في العقار صفة توقف إعادة امتصاص أو تمثل مادة السيروتونين Serotonin في المخ (وهو ناقل عصبي)، ويوجد عقاران في هذه الفئة هما: -

- مضادات الإكتئاب المسماء (فلوكستين) Flouxetin، والإسم التجاري له بروزال Prozac، وعقار الكلوميبرامين Clomipramine، والإسم التجاري له

أنافرانيل Anafranil، وقد أدت فعالية هذه العقاقير إلى الإعتقاد بأن الإختلال في تنظيم نقل السيروتونين في المخ قد يؤدي إلى نشاط اضطراب (أو أكثر) لدى الفرد. (Nevid.et.of.1997, p.223)

### ثانياً: العلاجات النفسية:

توجد الكثير من العلاجات النفسية نجملها في الآتي:

١ - **العلاج بنظرية التحليل النفسي:** وتهدف إلى إعادة توافق المريض، والتعامل مع دفاعاته، وإعادة توافق الأنا مع الواقع الخارجي عن طريق العديد من الفنيات النفسية (خاصة الطرح والمقاومة). (Decaria & Hollander, 1993)

(عبد الخالق، الوسواس ص ٢٤٢)

٢ - **العلاج السلوكي:** حيث ينظر للعلاج السلوكي إلى أي سلوك على أنه متعلم، ويمكن القضاء عليه والعلاج من خلال العديد من الفنيات التي تهدف إلى إعادة التعلم وتعديل سلوك الشخص عن طريق الإشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning، وأيضاً العلاج بالنفور Aversion therapy، والعلاج بالمعنى Logo therapy، والعلاج بالتقويم Hypo therapy، والتدعيم المتبادل Mutual Support، والإسترخاء..... إلخ (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨) (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣)

### ثالثاً: الجراحة النفسية:

الجراحة النفسية Psychosurgery نوع خاص من جراحة المخ، أو تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها (إزالة جراحية إنتقائية أو تدمير لمسارات عصب وذلك لتأثيرها السلوكي)، وهي علاج جراحي لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة في أماكن مخية نوعية، وتتمسم بتدمير نسيج تشريحي سليم بهدف إحداث تغير مرغوب في السلوك أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق.

وقد قامت إحدى الدراسات بإسعراض لحالات (٣٢٠) مريضاً تلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجي أو الحجري، ووجدت معدلات تحسن كالآتي:

• ٦٧٪ للإكتئاب.

• ٤٤٪ للقلق.

• ٣٠٪ للعصاب الوسواسي.

ومع ذلك يقع المرضى اللذين أجريت لهم الجراحة النفسية - من الناحية التاريخية - تحت ثلاث فئات تشخيصية كبرى: الفصام المزمن، الحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها، وحالات لألن غير المحتمل، والمرضى ذوي الشخصيات المتناسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية إلى الحد الذي تعجزهم فيه (كولز، ١٩٩٢، ص ٥٠٤ - ٥١١)

وفيما يلي سنقدم العلاج المناسب لكل فئة من فئات اضطراب التحكم في السلوك الإندهاعي والسابق شرحها:

#### ١ - نهبات العدوانة العنيفة:

يستخدم في علاجها مزيج من العلاج الدوائي والعلاج النفسي، وتستخدم مركبات مختلفة في محاولة للتخفيف من النوبات مثل: مركبات الفينوثيازين، والنتوفرانيل، والليثيوم. أما إذا كان رسام المخ الكهربائي غير طبيعي؛ فيستخدم (التيجرتيول) المضاد للتشنج، وجدير بالذكر أن مركبات النيزوديبازين امهدئة قد تزيد الحالة سوءاً لما تسببه من إبطال للكف. ويستخدم دواء (الأندرال) الذي ينظم ضربات البعض في حالات منتقاء.

أما العلاجات النفسية فقد ثبت فعالية العلاج التدعيني، وكذا العلاج النفسي الأسري (خاصة إذا كان المريض في مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة)، كذلك من الممكن استخدام العلاج النفسي الجمعي لكن يجب استخدام هذا النوع من العلاج بحذر خاصة عند احتمال قيام المريض بإمكانية الاعتداء على أفراد الجماعة الآخرين.

## ٢ - هوس السرقة:

يصلح العلاج النفسي التحليلي في علاج لأفراد المضطربين بهذا النوع من الاضطراب، خاصة وأن الرغبة في إمكانية فهم الدوافع الكامنة خلف هذا السلوك جد هامة (مثل الشعور بالذنب، والحاجة إلى الخضوع للعقاب، وكان الشخص في هذه الحالة يدور في دائرة مغلقة: يرتكب السلوك ثم يشعر بالذنب، ثم يتعرض للعقاب فيشعر بالتخفيف من الذنب فيعاود الفعل الإندفاعي (السرقة) مرة أخرى وهكذا...).

كذلك أثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج السلوكي خاصة تعليم المريض أنماطاً جديدة من السلوك بدلا من تلك السلوكيات الشاذة.

أما عن العلاج الدوائي مع الأفراد المضطربين بهذا النوع من الاضطراب فقد ثبتت - من خلال العديد من الدراسات التتبعية - أن استخدام مثبطات استعادة ناقل السيروتونين مثل: البروزاك أو الفلوكزيتين، والتي أثبتت الكثير من النتائج أنها تقيد الكثير من الحالات.

## ٣ - اقمارة المرضية:

العلاج النفسي التحليلي المقترن بجماعات الأقران التدعيمية، ولا سيما جماعة لاعب القمار المجهول Gamblers Anonymous، ويهدف العلاج النفسي هنا إلى إمكانية التوقف عن لعب القمار بصفة نهائية وكاملة، وتراعى في علاج مثل هذه الحالات معالجة أي إضطرابات نفسية أخرى تكون متواجدة مثل: الإكتئاب، الهوس، سوء استخدام للمواد (إدمان كحوليات أو مواد مخدرة)، أو اضطراب جنسي مصاحب.

## ٤ - هوس إشعال الحرائق:

العلاج النفسي التحليلي وذلك لفهم الدوافع اللاشعورية التي تكمن خلف الإندفاع وراء هذا الفعل أو السلوك.

العلاج النفسي السلوكي من خلال العمل على تعليم المريض أساليب سلوكية أخرى يشعر من خلالها باللذة (وليس من خلال إشغال الحرائق).

إمكانية التوصية بإدخال مثل هؤلاء المرضى (خاصةً الحالات التي يستشعر فيها المعالج أن الحالة غير مسيطرة بدرجة كبيرة على سلوكياتها الإندفاعية) إلى المستشفى، أو إتباع نظام المستشفى الليلي، أو أي إطار علاجي منهجي يسمح بمراقبة هؤلاء الأشخاص حتى لا يقوموا بإضمار النيران.

#### ٥ - هوس نَفَس الشعر:

قد يستفيد المرضى من العلاج النفسي التدعيمي ومن خلال قنابته العلاجية المختلطة والتي تعمل على تدعيم الثقة في المريض والتحكم في الكثير من إندفاعاته.

العلاج النفسي التحليلي خاضعة فهم الدوافع اللاشعورية، وإضفاء مزيداً من الإستبصار وتحويل ما هو لا شعوري إلى شعوري.

لا مانع من أن يرافقه (أو يسبق) العلاج النفسي إعطاء العديد من الحالات (التي تحتاج إلى ذلك) إلى العلاج بالأدوية، حيث تهتم مركبات النيزوديابين في حالة وجود درجة مرتفعة من القلق، أو في حالة ما إذا كان المريض يعاني من عرض أو أكثر من أعراض الإكتئاب فيتم إعطاء المريض مضادات الإكتئاب.

من الممكن أيضاً اللجوء إلى أساليب علاجية أخرى أخرى مثل: (البوفيدباك) أو الإرجاع الحيوي والذي يساعد الشخص على التدريب على إمكانية الإسترخاء، والتخيل الإيجابي.

وكذلك استخدام التنويم المغناطيسي (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

## ٦ - أسرار وأطال:

يتوقف المسار والمآل الحيد على مجموعة من المحركات مثل: مدى معاناة الفرد من أكثر من اضطراب، تاريخه الأسري السابق، وجود أو عدم وجود بيئة مساعدة أو سوية (أو غير ذلك) لكن المسار في مثل هذه الاضطرابات نستطيع تلخيصه في:-

- تتصف هذه الاضطرابات بمسارها المزمن.
- يتصاعد السلوك الإندفاعي في بعض الأحيان.
- قد يتصف بعض السلوكيات الإندفاعية بالتحسن (حاسة هوس نتف الشعر)، وأيضاً نجد سلوكيات إندفاعية أخرى لا يحس فيها تحسن (مثل سلوك المقاومة المرض كمثال). (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

### ب- المرأة واضطرابات التوافق Adjustment Disorders

#### الوبائيات:

- لا توجد الكثير من الدراسات حول هذا النوع من الاضطرابات.
- يكثر ظهوره إبان فترة المراهقة، ويكون أكثر لدى الإناث مقارنة بالذكور.
- ولكنه قد يصيب أي من الأعمار.
- يعلب الإستعداد الشخصي للفرد دوراً أساسياً في تحديد احتمال حدوث وتشكيل مظاهر اضطرابات التوافق؛ إلا أنه قد يحدث بعد تعرض الفرد لحادث ضاغط.
- يبدأ الاضطراب خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغيير في الحياة، ولا تتجاوز فترة الأعراض عادة ستة أشهر إلا بالنسبة للإستجابة الإكتئابية المطول. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٥٨)



### تعريف اضطرابات التوافق:

لكي نعرف اضطرابات التوافق أولاً يجب أن نشير إلى مفهوم التوافق النفسي، والذي يعني: كل سلوك أو نشاط يهدف منه إلى تحقيق التوافق، والتوافق النفسي يتضمن إشباع حاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمه، ولا تورط الفرد في محظورات تعود عليه بالعقاب.

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ٢٥٩)

ولذا فإن اضطرابات التوافق تعني: إستجابات سلوكية مرضية لضغوط نفسية إجتماعية تؤدي إلى إعاقة (أو توقف) الوظائف الإجتماعية أو المهنية. وتتصف الضغوط السابقة بأنها هي إطار الخبرات العادية التي يمر بها غالبية الأشخاص (مثل ولادة طفل جديد، الذهاب أول مرة إلى المدرسة، الزواج، الفصل من العمل، الطلاق، الإصابة بمرض خطير... إلخ). (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

### لتشخيص اضطرابات التوافق وفق الدليل الرابع:

- أ - ظهور أعراض إنفعالية أو سلوكية نتيجة عامل ضاغط محدد خلال ثلاثة أشهر من التعرض للعامل (أو العوامل) المذكور.
- ب - تتطوي الأعراض أو أنماط السلوك على دلالة إكلينيكية كما يتضح من ظهور أي من العرضيين التاليين:-
  - ١ - معاناة ملحوظة تفوق المتوقع من التعرض لعامل أو عوامل من هذا النوع.
  - ٢ - تعطل له شأنه في الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو المدرسية.
- ج - ألا تتطبق الاضطراب المرتبط بالعامل الضاغط معايير اضطراب آخر من اضطرابات المحور الأول، وألا تمثل مجرد إنتكاس لاضطراب سابق من اضطرابات المحور الأول أو الثاني.

- د - ألا تعبر الأعراض عن فجائية.
- هـ - ألا تستمر الأعراض بمجرد زوال العامل الضاغط، أو عواقبه مدة تتجاوز ستة أشهر أخرى.
- حدد ما إذا كان الاضطراب:
- حاداً: في حالة استمراره مدة أقل من ستة أشهر.
- مزمنًا: في حالة استمراره مدة ستة أشهر أو أكثر.
- ترقم اضطرابات التوافق وفق فئاتها الفرعية التي تستند إلى العرض السائد، ويدون الضاغط المعني على المحور الرابع.
- الفئات الفرعية: وتنقسم إلى الفئات الآتية:-

- اضطراب توافق إكتابي الطابع.
- اضطراب توافق مصحوب بالقلق.
- اضطراب تواف مصحوب بمزيج من القلق والإكتئاب.
- اضطراب توافق مصحوب باضطراب السلوك.
- اضطراب توافق مصحوب بمزيج من اضطراب الإنفعال والسلوك.
- اضطراب توافق غير محدد السمة أو الملامح. (DSM IV, 1994)

#### الأسباب:

تتعدد الأسباب التي حاولت أن تفسر أسباب اضطرابات التوافق، ويمكن تلخيص هذه الإجهادات في:-

- ١ - أسباب وراثية: تلخصت طباع القلق الشديد أكثر استعداداً من غيرهم للتفاعل بصورة مفرطة للأحداث الضاغطة أو الإصابة باضطرابات التوافق في وقت لاحق.

٢- أسباب بيولوجية: حيث أثبتت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين سبق لهم الإصابة بأمراض عضوية خطيرة أكثر عرضة للوقوع في اضطرابات التوافق مقارنةً بغيرهم من الأفراد الذين لم يتعرضوا لتجربة لمرض العضوي الخطير.

٣- عوامل نفسية واجتماعية: حيث رصدت الأبحاث والملاحظات الكلينيكية الآتي:-

أ - يعد الأشخاص الذين مروا بتجربة فقد أحد الوالدين (أو كليهما) أثناء مرحلة الطفولة أكثر استعداداً للوقوع في اضطراب التوافق.

ب - إن الأفراد الذين خبروا تجربة الحرمان (سواء أكان ذلك حقيقياً أو متخيلاً) أكثر استعداداً للوقوع في هذه الاضطرابات.

ج - إن الأفراد الذين حرموا من التواصل والدفع مع الآخرين خاصة بأن سنوات طفولتهم أكثر عرضة للوقوع في هذه الاضطرابات.

د - وجود علاقة ما بين القدرة على تحمل الإحباط في سن الرشد ومواجهة الضغوط (وهذا ينتج من زيادة القدرة على الصلابة النفسية).

ر - عدم إشباع الحاجات الأساسية في مرحلة الطفولة (خاصةً) تجعل مثل هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للوقوع في اضطراب سوء التوافق.

(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

### التشخيص الفارق:

١ - اضطراب الكرب الناتج من صدمة واضطراب الكرب الحاد: يحدد نوع العامل الضاغط النفسي طبيعة التشخيص. فالضغوط المرتبطة باضطراب الكرب تتجاوز الخبرات البشرية العادية مثل: الحروب، الإغتصاب، الكوارث الجماعية، التعرض للخطف والتحول إلى رهينة.

- ٢ - اضطراب الذهان المختصر: يتسم بوجود هلاوس وضلالات.
- ٣ - الضجعية غير المتوقعة بمضاعفات: تصيب الشخص قبل وفاة من يحبه أو فور وفاته أو بعد فترة قصيرة، تعطل الوظائف المهنية والاجتماعية في الحدود المتوقعة والتعافي.

### العلاج:

تتعدد المداخل العلاجية ومنها:

- ١ - العلاج الدوائي: حيث يعالج مضطربي التوافق بالآتي:
  - يعالج المرضى بمضادات القلق (حسب نوع اضطراب التوافق غن كان مصحوباً بالقلق).
  - يعالج المرضى بمضادات الاكتئاب (حسب نوع اضطراب التوافق إن كان مصحوباً بالاكتئاب).
  - على المعالج توخي الحذر من الإستمرار في وصف المهدئات لتجنب إدمان مثل هذه الأدوية ولا سيما عند إستعمال مركبات النيرونديازيبين.
- ٢ - العلاج النفسي:

- أفضل أنواع العلاجات النفسية هي العلاج السلوكي الذي ينهض على فنيات الإسترخاء، والتتويم، والبيوفيريك في حالات المعاناة من القلق.
- من الممكن إستخدام فنيات العلاج النفسي التدعيمي مثل: الإيحاء - الطمأننة - تعديل البيئة - المناقشة - الإقناع بدخول المستشفى عند الضرورة. (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

### المسار والمآل:

- عن طريق مجموعة من المحركات يتحدد ما إذا كان المسار والمآل جيداً أم سيئاً.

- وفيما يتعلق بمسار ومآل اضطراب التوافق تجدد الآتي: -
- تقل حدة معظم الأعراض بمرور الوقت دون اللجوء إلى العلاج ولا سيما عند إزالة العامل الضاغط الذي أحدث هذا الاضطراب.
- في الفئات الفرعية (السابقة ذكرها) فمن الممكن أن تتبع مساراً مزمنًا تكتفه مخاطر الإصابة بإكتئاب ثانوي، أو قلق، أو اضطراب استخدام المواد المخدرة.

### اضطراب توريت Tourette's Disorder

#### نسبة الانتشار:

- كان يعتقد فيما مضى أن اضطراب توريت حالة نادرة.
- أوضحت - بعد ذلك - العديد من الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب تتراوح بين ٠.١ إلى ٠.٦٪ من الأولاد.
- أوضحت الدراسات أن إنتشار اضطراب (توريت) لدى البنات أقل مما هو عليه هذا الاضطراب لدى الذكور.
- في حين أوضحت بعض الدراسات أن نسبة اضطراب الأولاد الذكور لا تختلف عن نسبة اضطراب الإناث بنفس النسبة السابقة ٠.١ إلى ٠.٦٪.
- أشارت العديد من الدراسات أن العوامل الوراثية تلعب الدور الأساسي في الإصابة بهذا الاضطراب، وأن التهيج الوراثي الكامن يلعب دوراً في ذلك. (Leckman, 1993)

#### تعريف اضطراب توريت:

هو شكل من اضطراب اللوازم فيه، أو كان فيه لوازم حركية متعددة وواحداً أو أكثر من اللوازم الصوتية، بالرغم من أنه لا يشترط تزامنها واللوازم الصوتية كثيراً ما تكون متعددة مع أصوات إنفجارية متكررة وقد تستخدم كلمات أو جمل فاحشة، أحياناً تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية قد تكون لها أيضاً طبيعة فاحشة (بذاء الحركة).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٦٦٧)

## تعريف اللازمة Tic:

أ- في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي:

استجابة حركية قهرية في الأطراف أو في الوجه وهي إستجابة لا إرادية. وتعني تعبيراً عن شدة مظاهر التوتر والقلق الإنفعالي الذي يعانيه الفرد أو يصاحب حالة مرضية كما أنها تعني سيكولوجياً رمزاً لا شعورياً لمدى ما يعانيه الفرد من ضغوط أو صراعات يفتقد معها أسلوب الضبط الذاتي إزاء دفعاته اللاشعورية. وتكون اللزمات هي أحد الأساليب الدفاعية اللا توافقية لمواجهة هذه الصراعات أو الضغوط أو ما يصاحبها من توتر إنفعالي شديد، وهي تظهر عادة في العديد من الاضطرابات النفسية ولكنها تعتبر إحدى الدفاعات المميزة والدالة في العصاب الوسواس القهري.

(مصطفى كامل في فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ٦٥٩)

ب- في الطب النفسي:

اللزمة Tic تعني حركة أو إيماءة أو نطق صوت ما، وتحدث بطريقة فجائية ومتكررة، وكلها تحاكي أو تشبه بعض جوانب من السلوك السوي، وتكون عادة ذات دوام قصير فيندر أن تدوم اللزمة أكثر من ثانية واحدة، وتميل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts، وأحياناً تشد فجأة Paroxysm ويشكل مسرحي (درامي)، ويمكن أن تحدث اللزمات بصورة فردية أو جماعية أو على شكل تجمع (أوركسترالي) وتختلف في شدتها وقوتها.

وتأخذ اللوازم العديد من الأشكال مثل:-

- ١- اللوازم الحركية البسيطة الشائعة: مثل طرفة العين، رجة الرقبة، هزة الكتف، ولوي قسمات الوجه.
- ب- اللوازم الصوتية الشائعة: مثل النياح، الفحيح.

ج - نوازم صوتية مركبة: مثل تكرار كلمات بعينها وأحياناً استخدام كلمات (خارجة في كثير من الأحيان) وغير مقبولة اجتماعياً (بذاءة) Coprolalia .

د - نوازم أخرى غير محددة Other and Unspecified tic Disorder .  
(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٦٦٥ - ٦٦٨).

### العلاقة بين اللزمات Tic واضطراب الوسواس القهري

بالرغم من صعوبة التمييز بين اللزمات الحركية المركبة واضطراب الوسواس القهري؛ إلا أن العديد من ادراسات قد أوضحت أن نسبة لا تقل عن ٣٠٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري، وقد تزيد عن ٤٠٪ منهم نجد لديهم تداخلا ما بين اضطراب اللزمات (أو توريت)، واضطراب الوسواس القهري من خلال الآتي:

#### اللزمات مرتبطة بالأفكار الوسواسية:

ترتبط اللزمات مع الأفكار الوسواسية من خلال ملاحظة وجود دفعات حسية متكررة غير مرغوبة، أو أفكار مرتبطة باللزمات، أفكار مفادها أن إيقاع اللزمات في حاجة إلى أن يكون منضبطاً.

#### اللزمات والسلوك القهري:

حيث ترتبط اللزمات المركبة في تداخل مع السلوك القهري من خلال زملة من (اللزمات الحركية والصوتية) مثل: النقر بالإصابع في تتابع رتيب، الشق، لمس أشياء محددة، التقبيل، أفعال فاحشة، الضرب، العض. ومن هنا - كما يؤكد Leckman - ضرورة أن نميز بين اللزمات الحركية المركبة والسلوك والأفكار القهرية مع الأخذ في الاعتبار أنه من الصعب التمييز بين الوعي الشعوري الكامن في الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية. (Leckman, 1993)

كما يجب الأخذ في الاعتبار أن اللوازم قد تظهر في اضطراب الهستيريا، وتأخذ اللازمة عدة مظاهر فمن رجفة في عضلات الوجه إلى إرتعاش في جفون العين، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجنب كذلك المبالغة في حركات اليدين أو اللعب بالشارب أو الشعر أو ربطة العنق أو تسليق الحلق (النحنحة).... إلخ.

ويجب أن يتم التمييز ما بين اللوازم الهستيرية، وما يحدث بعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٧٤).

#### المحكات التشخيصية لاضطراب توريت وفق الدليل الرابع:

- أ - وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة، وواحدة أو أكثر من اللزمات الصوتية في وقت معي في أثناء المرض، على الرغم من أنه ليس من الضروري أن توجد معاً. (اللزمة: حركة أو صوت فجأة وسريع ومتكرر وغير منظم ويقع في نمط أو قالب محدد).
- ب - تحدث اللزمات مرات متكررة في اليوم الواحد (في نوبات عادة)، وتحدث كل يوم تقريباً أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحداً، وخلال هذه الفترة لا توجد مطلقاً فترة متحررة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متعاقبة.
- ج - يسبب الاضطراب كرباً وضيقاً واضحاً أو إعاقة كبيرة في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيره من المجالات المهمة.
- د - تكون بداية الإصابة بهذا الاضطراب قبل سن ١٨ سنة.
- هـ - لا يكون الاضطراب راجعاً إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ما (منبهة مثلاً)، أو نتيجة حالة طبية عامة (خاصة الإصابة بمرض هنتجتون)، أو التهاب المخ التالي للعدوى الفيروسية. (DSM IV, 1994)



## أنواع اللزومات:

التصنيف الحالي لاضطراب اللزومات Tics كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يضع اللزومات ضمن الاضطرابات التي تشخص غالباً في مرحلة الطفولة أو المراهقة. وتشمل اللزومات (٤) أقسام فرعية هي: -

- اضطراب توريت.
- اضطراب اللزومات الحركية أو اللفظية المزمن.
- اضطراب اللزومات العابر.
- اضطراب اللزومات غير المحدد في مكان آخر (DSM IV, 1994)

## لاريك مكلنبر لاريك الإهتمام باللزومات:

- تم ملاحظة اللزومات منذ فترة بعيدة.
- إلا أن الدراسة العلمية المنظمة للزومات تعود إلى القرن التاسع عشر حين قدم (إيتارد) Itard عام ١٨٢٥، وكذا (جيل دي لا توريت Gilles de la tourette)، والذي اتخذ هذا الاضطراب إسم هذا العالم الأخير (توريت) حيث وصفه وصفاً كلاسيكياً ومفصلاً في دراسته المأثورة (الكلاسيكية) عام ١٨٨٥ حين وصف تسع حالات تعاني من اضطراب اللزومات، إضافةً إلى بعض الأعراض الأخرى من قبيل عدم التناسق أو التأخر الحركي، فضلاً عن (همهمات أو صيحات) غير مترابطة تصاحبها ألفاظ منطوقة ومتسقة، وقد تحاكي حديث الآخرين Echolalia، أو ألفاظ بذينة قاحشة Coprolalia . وبعد الوصف التفصيلي لكل حالة مرضية من الحالات التسع النموذجية التي أوردها (توريت) إنتهى من تقريره إلى التأكيد على جانبين: -
- الأول: الإرتباط بين اضطراب اللزومات وأعراض الوسواس القهري، حيث أن اللزومات تكون من ضمن الزملة الرئيسية لاضطراب الوسواس القهري، كما تكشف العديد من حالات الدراسة المتعمقة لبعض هذه الحالات.
- الثاني: أن هذه اللزومات يدخل فيها العامل الوراثي بصورة كبيرة جداً، ولذا يجب أن يتجه البحث جيداً في هذا الصدد (Leckman, 1993)

### اسباب اضطراب ثوريت:

أوضحت العديد من الدراسات أن الجانب الوراثي يلعب دوراً هاماً في الإصابة بهذا الاضطراب، وقد بينت العديد من الدراسات التي استخدمت منهج دراسات التوائم العنوية ما يدل على هذا الجانب الوراثي خاصة: حوادث قبل المولد، والتعرض للعديد من الكوارث أو الضغوط الشديدة، وكذا استخدام المواد التي تعمل على تثبيء الجهاز العصبي المركزي، أو تناول العديد من المواد المؤثرة نفسياً.

في حين أن دراسة أخرى إستنتجت أن (العقد العصبية القاعدية Basal Ganglia)، أو التراكيب اللحائية والمهادية المرتبطة بها قد تكون مؤدية أو مسببة عن الأساس الفسيولوجي (الممهد والمفجر) لإمكانية الإصابة بهذا الاضطراب. (Leckman, 1993)

كذلك كشفت العديد من الدراسات التي تناولت (أسر يوجد بها أكثر من مصاب بهذا الاضطراب)؛ مما يؤكد إلى فعالية الجانب الوراثي من خلال تتبع آباء وأشقاء وأبناء بل وأحفاد هذه الأسر. وجدت هذه الدراسات أن نسبة الاضطراب تكاد تكون ثابتة، وأن أفراد الأسرة الواحدة لديهم خطر مرتفع لتطور نسب الإصابة بهذا الاضطراب مع اضطراب اللزمات الحركية المزمن وكذا اضطراب الوسواس القهري أكثر من غيرهم من الأفراد غير المرتبطين معهم بقرابة أو وراثة محددة.

وكل ما سبق يؤكد مرة أخرى على أن عامل الوراثة يعد عاملاً هاماً في الإصابة بهذا الاضطراب. (Leckman, 1993)

### علاج اضطراب ثوريت:

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكي في هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرأة عدة مرات حتى تصبح إرداية أكثر منها لا شعورية. وثبت نجاح العلاج بالعقار (بيموزيد) خاصة في زملة ثوريت، وحديثاً وجد أحمد عكاشة نتائجاً مشجعة من خلال إستخدامه للعقاقير المضادة للإكتئاب خاصة مع زيادة الموصل العصبي السيروتونين. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

الفصل السابع

# المرأة

و الإضطرابات الشخصية





# المرأة والأضطرابات الشخصية

## محتويات الفصل

- مدى انتشار اضطرابات الشخصية.
- تعريف اضطرابات الشخصية.
- أ - في علم النفس.
- ب - في الطب النفسي.
- تصنيف اضطرابات الشخصية.
- أنماط اضطرابات الشخصية.
- أولاً: الطائفة الأولى: الشخصيات الشاذة والغريبة.
- ١ - اضطراب الشخصية البارانويدية:
- ٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية: الانتشار - التعريف - التشخيص.
- ٣ - اضطراب الشخصية فصامية النوع: الانتشار - التعريف - التشخيص
- ثانياً: الشخصيات التي تتصف بالتهويل والإنفعالية وعدم الاتساق.
- ١ - اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع: الانتشار - التعريف - التشخيص
- ٢ - اضطراب الشخصية البينية: الانتشار - التعريف - التشخيص.
- ٣ - اضطراب الشخصية الهستيرية: الانتشار - التعريف - التشخيص.
- ٤ - اضطراب الشخصية النرجسية: الانتشار - التعريف - التشخيص.
- ثالثاً: شخصيات تتصف بالخوف والقلق
- ١ - اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية: الانتشار - التعريف - التشخيص
- ٢ - اضطراب الشخصية المتجنبة: الانتشار - التعريف - التشخيص.
- ٣ - اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها: الانتشار - التعريف - التشخيص.

رابعاً: اضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه:

- ١- اضطراب الشخصية السلبية العدوانية: الإنتشار - التعريف - التشخيص.
- ٢- اضطراب الشخصية المكتئبة: الإنتشار - التعريف - التشخيص.
- ٣- اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها: الإنتشار - التعريف - التشخيص

• أسباب الاضطرابات الشخصية:

أولاً: الأسباب الوراثية - البيولوجية.

ثانياً: العوامل النفسية - الإجتماعية.

## الفصل السابع

### المرأة والاضطرابات الشخصية

#### اضطرابات الشخصية

#### Personality Disorders

##### مدى إنتشار اضطرابات الشخصية:

تنتشر اضطرابات الشخصية بأكثر مما نظن. والمشكلة أن كثيراً من الأفراد الذين نتعامل معهم ويديرون شئوننا قد يكونوا مصابين بأعراض اضطراب نمط معين من أنماط الشخصية، ويمارسون اضطرابهم وسلوكهم على الآخرين ويعتقدون أنهم يفعلون الصواب تجاهنا.

فعلى سبيل المثال – لا الحصر – توصلت الدراسات إلى إن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية Borderline Personality Disorders (BPD) يسود بينهم التفكير في الإنتحار؛ بل قد لجؤا للإنتحار فعلاً. فمن بين ٧٠٪ إلى ٧٥٪ من العملاء البينيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة إنتحار واحدة ورغم عدم وجود ما يشير إلى إمكانية إقدامهم على الإنتحار؛ إلا أن الملاحظات – في الغرب – وجدت أن ما بين ٥٪ إلى ١٠٪ ينتحرون (مارثا لينهان وآخز، ٢٠٠٢، ٩٥٧)

إلا أنه فيما يتعلق باضطرابات الشخصية نستطيع رصد الآتي: –

- يتراوح إنتشار اضطراب الشخصية بين ٦ إلى ٩٪ من مجموع سكان العالم.
- نجد أيضاً العديد من مظاهر اضطرابات الشخصية لدى الأطفال إلا أنها تأخذ شكل اضطراب في الطباع.

- أن اضطرابات الشخصية تبدأ في الظهور في أواخر مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد.
- تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث في اضطرابات الشخصية.
- تنتشر اضطرابات نفسية غير محددة في أسر مرضى اضطرابات الشخصية.
- ثبت أن الوراثة تلعب دوراً جزئياً ومحدوداً في إصابة الشخص بنمط من أنماط اضطرابات الشخصية. (Ellison of Shader, 1994, p.259)
- ويكفي أن نشير إلى أن اضطرابات الشخصية قد أضحت محوراً مستقلاً بدايةً من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DMS III, 1980).

### تعريف اضطرابات الشخصية:

#### أ - تعريف علم النفس:

يعرف الاضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأن الاضطراب يعني لغوياً الفساد أو الضعف، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة وكذا في الطب النفسي. وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الإنفعال أو السلوك أو معنى سوء توافق الفرد مع ذاته، ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه. إضافةً إلى العديد من المظاهر - الأخرى - التي تصيب الشخصية من ناحية فقدان إيزانها وثباتها الإنفعالي أو تمييزها بالعديد من السمات التي تميز كل نمط من أنماط الشخصية. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٢، ٩٤)

#### ب - تعريف الطب النفسي:

- ١ - اضطراب الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة، وتسبب لصاحبها خلل ملحوظ في أداء وظائفه أو



الشعور بالمعاناة، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها، وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذاتهم (Kaplan & Sadock, 1996, p: 387).

٢- تعرف اضطرابات الشخصية بأنها أنماط متصلة وغير متوافقة من السلوك المتأصل والمتقلبل في نسيج الشخصية، والتي لا ترجع إلى اضطرابات المحور الأول أو الثالث، أو اضطرابات تنتج عن مشكلات تتعلق بدور الشخص في ثقافته. وهذه الفئة من الأمراض تعود إلى اضطراب سمات الشخصية، وليست تغييراً طارئاً عليها. وقد يتخذ اضطراب السمات مظهرًا سلوكيًا أو إنفعاليًا، أو معرفيًا، أو حسيًا أو ديناميًا (Derksen, 1995, p.5).

### تصنيف اضطرابات الشخصية:

سوف نعتمد في هذا الحيز على الدليل التشخيصي الرابع لاضطرابات الشخصية، والذي بدوره قد قسمها إلى ثلاث فئات أو طوائف:

- **الطائفة (أ):** وتضم أنواع اضطرابات الشخصية التي تتصف بالفراغة والشذوذ. ويندرج تحت هذه الطائفة اضطرابات الشخصية البارانويدية، وشبه الفصامية، والفصامية:النوع.
- **الطائفة (ب):** وتضم هذه الفئة كافة الشخصيات المضطربة، والتي يغلب على سلوكها وسماتها: التهوريل والمبالغة، وتقلب الإنفعالات وعدم ثباتها، وأيضًا عدم إتساق الإنفعالات مع الموقف. ويندرج في هذه الطائفة اضطرابات الشخصية: النرجسية، المناهضة أو المضادة للمجتمع، والشخصيات البيئية.
- **الطائفة (ج):** ويغلب على الشخصيات التي تندرج في هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة. وتضم هذه الطائفة الشخصيات الآتية: المتجنبة، الإعتمادية، الوسواسية القهرية (DSM IV, 1994).

## أنماط اضطرابات الشخصية:

أولاً: الطائفة الأولى: الشخصيات الشاذة والغريبة (Odd and eccentric).

### ١- اضطراب الشخصية البارانويدية Paranoid personality disorder:

مدى إنتشارها:

- ينتشر هذا النمط من اضطرابات الشخصية ما بين ٠,٥٪ إلى ٢,٥٪ .
- ينتشر هذا النمط من الاضطراب بين أقارب مرضى الفصام والاضطراب الضلالي.
- هذا النمط من الاضطراب وجد أنه أكثر انتشاراً بين الذكور مقارنة بالإناث.

تعريف الشخصية البارانويدية:

هو اضطراب شخصية يتميز بحساسة مفرطة نحو الهزائم والرفض، وعدم مغفرة الإهانات، وحمل الضغائن بشكل مستمر، والشك في الآخرين، وميل لتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الأفعال المحايدة على أنها عدوانية، على اعتقاد مستمر أن الجميع يريدون إلحاق الأذى به. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥٧٢)

### معايير لتشخيص اضطراب الشخصية البارانويدية وفقاً للدليل الرابع:

- ١ - الشك في ان الآخرين يقومون بإستغلاله وإيذائه أو خداعه دونما إستناد إلى أدلة كافية.
- ٢ - الإنهماك في شكوك لا مبرر له في ولاء الأصدقاء، وكل معارفه، وفي مدى إستحقاقهم للثقة التي منحهم إياها.
- ٣ - العزوف عن الإفشاء بأسراره للآخرين خوفاً من إستغلالهم لهذه المعلومات ضده.

- ٤ - تراوده شكوك مستمرة في مدى إخلاص الزوجة أو من يماثلها من أشخاص يتعامل معهم.
- ٥ - يؤمن بأنه يتعرض لإعتداء على خلقه وسمعته، ولا يشعر بذلك أحدًا غيره. وهذا سيتوجب منه - بلا شك - سرعة القضب والمبادرة برد الإعتداء (إنطلاقًا من المثل القائل: إتغدى بيهم قبل أن يتعشوا بك).
- ٦ - لا يففر الإهانة مهما كانت ويضممرها داخله.
- ٧ - ينقب عن معان خفية أو خرى تتطوي على التهديد فيما يسمعه أو فيما يتعرض له من مواقف عادية.
- ٨ - يشعر بالإهانة والإزدراء بسهولة، ويستجيب بالقضب والتهور بسرعة، أو قد يقوم من فوره بمهاجمة الشخص الآخر الذي يعتقد أنه قد أهانه.

### ملحوظات:

- أ - لا بد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابقة حتى تتمكن من تشخيص هذا النمط من اضطرابات الشخصية.
- ب - يشترط ألا يقتصر حدوث الأعراض السابقة أثناء مرض الفصام أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية أو أي اضطراب نفسي آخر، وألا تكون نتيجة مباشرة لمرض عضوي.
- ج - إن الصفات الأساسية المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتي: -
  - شك وإرتياب في الآخرين.
  - يفسر دوافع وسلوك الآخرين على أنه شرير وعدواني.
  - يبدأ الاضطراب في بدايات سن الرشد.
  - تظهر الأعراض السابقة - وبصورة متكررة - في الكثير من المواقف الحياتية والتفاعلات الإجتماعية التي تتم بين الشخص والآخرين.

## ٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية Schizoid Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

تتخذ وبائياته الصفات الآتية:

- يصيب حوالي ٧,٥٪ من جملة السكان.
- يكثر حدوثه بين أفراد أسر لهم تاريخ سابق في الإصاب بمرض الفصام.
- يكثر حدوثه بين الذكور أكثر من حدوثه بين النساء.

تعريفها:

نمط متواصل من عدم الإكتراث بالعلاقات الإجتماعية، والقدرة المحدودة على إستشعار الخبرات الإنفعالية والتعبير عنها، والذي يبدأ من مرحلة الرشد المبكر ويظهر في مواقف مختلفة (Spitzer., et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقاً للدليل الرابع:

- ١ - لا يرغب في إقامة علاقات إجتماعية وثيقة مع الآخرين.
- ٢ - حتى أفراد أسرته لا يستمتع بعلاقته معهم، ولا يسعى إلى توثيق علاقته بهم.
- ٣ - يختار دوماً أن يمارس الأنشطة الفردية، والتي لا تتطلب وجود آخر يشاركه.
- ٤ - لا يهتم بشكل يذكر بإقامة علاقة جنسية مع أفراد الجنس الآخر.
- ٥ - لا يشعر بالمتعة من ممارسة أي نشاط تقريباً.
- ٦ - ليس لديه إصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسرارهم.
- ٧ - لا يهتم بما يبديه الآخرون نحوه من مدح أو ذم.
- ٨ - يظهر عليه البرود العاطفي والتباعد عن الآخر، وتسطيع الإنفعالات حي يظهر عليه: التحفظ، البرو، نادراً ما يبادر غيره بتعابير الوجه أو الحركة مثل الابتسامة أو هز الرأس.

ملحوظات:

- ١ - لابد من توافر أربعة محركات أو علامات أو أعراض حتى يمكن أن نشخص الفرد في هذه الفئة.

ب - يشترط لتشخيصه ألا يقتصر ظهور أعراضه على فترات من الإصابة بمرض الفصام، أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية، أو اضطراب نفس آخر أو اضطراب قصور النمو، وأن لا يكون نتيجة مباشرة للإصابة بمرض عضوي.

ج - إن الصفات المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتي: -

- عدم إقامة أي علاقات إجتماعية.
- التعبير الإنفعالي الضحل والمعدوم في المواقف الإجتماعية.
- تبدأ الإصابة بهذا النوع من الاضطراب في مرحلة مبكرة من سن الرشد.
- تظهر الأعراض المميزة لهذا النوع من الاضطراب في العديد من المواقف وبصورة متكررة.

### ٣ - اضطراب الشخصية فصامية النوع Schizotypal Personality Disorder:

#### مدى انتشارها:

تتخذ وبائياته الصفات الآتية:

- تبلغ نسبة إنتشاره (٢٪) بين السكان.
- يزداد إنتشاره لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب لهم تاريخ سابق من الإصابة بمرض الفصام.
- يزداد إنتشاره بين الذكور أكثر من الإناث.

#### تعريفه:

وهذا النمط من الشخصية يختلف عن الشخصية شبه الفصامية، حيث أن الشخصية فصامية النوع تعني بوجه عام أن الفصام قد تجسد في شخص

يمارس حياته ظاهرياً بالأسلوب العادي، فهو شخص لا يبالي، ولا يصنع علاقات بأي درجة من السطحية أو العمق، ولا يشعر بثقل ظله على الآخرين، ولا يعترف بأي مساحة خارج حدود ذاته، وبهم بشكل أو آخر في إعاقة نحوه وبالتالي نحو من حوله. (يحيى الرخاوي، ١٩٧٩، ١١٥)

والشخصية شبه الفصامية نمط متغلغل من القصور في الارتباط بالآخرين، وشذوذ التفكير والمظهر والسلوك التي تبدأ في مرحلة الرشد المبكر وتظهر في مواقف متنوعة. (Spitzer, et al, 1990)

#### معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

- ١ - الأفكار الإيمائية إلا أنها لا ترقى إلى مستوى الضلالات (والأفكار الإيمائية تعني أن الشخص يشعر أن الآخرين يتكلمون عنه، ويختلف هذا عن الضلالات الإيمائية؛ لأن الشخص في هذه الحالة يجزم بذلك ولا يكتفي بالشك في أن الآخرين يتحدثون عنه).
- ٢ - المعتقدات الغريبة والتفكير السحري الذي يؤثر على السلوك، ولا يتوافق مع معايير الثقافة التي ينتمي إليها الشخص (مثل الاعتقاد بالخرافات، والإيمان بمعرفة أن أشخاصاً معينين يعلمون الغيب، والإيمان بإمكانية التواصل عن بعد، واعتقاده بامتلاك ما يسمى بالحاسة السادسة، وأن الأشياء من الممكن أن تحدث بمجرد التفكير فيها).
- ٣ - غرابة التفكير والكلام (كأن يتصف حديث الشخص: بالفموض، الإسترسال، استخدام الإستعارة، التعميد، النمطية).
- ٤ - كثرة الشك والتفكير البارانونيدي.
- ٥ - عدم توافق الإنفعال مع التفكير أو المواقف الحياتية.
- ٦ - إتصاف السلوك أو المظهر بالغرابة أو الشذوذ أو الخروج عن المألوف.

- ٧ - ليس لديه صدقاء مقربون، أو من يأتهمهم على أسرارهم.
- ٨ - خبرات حسية غير مألوفة بما في ذلك توهيمات خاصة بشكل الجسم.
- ٩ - قلق إجتماعي مبالغ فيه يرتبط في الغالب بمخاوف بارانويدية بدلا من الإنشغال بالأراء السلبية المتعلقة بالذات.
- ١٠ - الشعور بوجود قوة خفية حوله بالرغم من عدم قدرته على رؤية أحد حوله.
- ١١ - يحدث ان يرى وجهه أو وجه شخص آخر يتغير أمامه في المرأة.

### ملاحظات:

- أ - لايد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابق حتي يمكن تشخيص الفرد وفقاً لهذا النمط من الاضطرابات.
- ب - يشترط لتشخيص هذا النمط من اضطرابات الشخصية: عدم إقتصار ظهور أعراضها على فترات من الإصابة بمرض الفصام، أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية، أو اضطراب قصور النمو.
- ج - إن الصفات المميزة لهذا النمط من اضطرابات الشخصية تتصف بالآتي:
  - القصور في إقامة علاقات إجتماعية.
  - قصور في العلاق بالآخر (قدر الإمكان).
  - الشعور بعدم الإرتياح تجاه أي علاقات تبدو وثيقة.
  - تدني في القدرة على إقامة أي علاقة.
  - وجود قدر كبير من التشويه المعرفي والإدراكي وغرابة السلوك (والتصرفات).
  - تبدأ الإصابة بهذا النمط من اضطرابات الشخصية في مرحلة الرشد المبكرة.
  - يمكن رصد العديد من الاعراض التي تميز هذا النمط من اضطرابات الشخصية في مناسبات ومواقف متعددة.

ثانياً: الشخصيات التي تتصف بالتهويل والإنفعالية وعدم

الإتساق **Dramatic, emotional, erratic**

١- اضطراب الشخصية المضادة أو المناهضة أو غير الإجتماعية **Antisocial**  
personality Disorder

مدى إنتشارها:

حيث تتصف وبأثبات هذا الاضطراب بالآتي: -

- يبلغ إنتشار هذا الاضطراب بين الذكور ٢٪.
- يبلغ إنتشار هذا الاضطراب بين الإناث ١٪.
- تزداد نسبة حدوث اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع واضطراب التبددين وإدمان الخمر في أسر بعينها.
- تشير دراسات التبني إلى وجود عامل وراثي يقود إلى حدوث هذا النمط من الاضطرابات.
- يزداد إنتشار هذا الاضطراب لدى الطبقات الإجتماعية ذات المستوى الإجتماعي والإقتصادي والثقافي المتدني.

**اللعريف:**

هو اضطراب شخصية يتميز بعدم الإهتمام بالإلتزامات الإجتماعي، وإفتقاد الشعور مع الآخرين، وعنف غير مبرر أو لا مبالاة وإستهتار. كما أنه متبلد الشعور، لا يبالي بالآلام الآخرين علماً بأن الكثير من الأعراض والسلوكيات المضادة للمجتمع تظهر منذ طفولة هذا الشخص. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)



## معايير تشخيص اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع وفقاً

### للدليل التشخيصي الرابع:

- ١ - كثرة الهروب (أو التزويغ) من المدرسة.
- ٢ - القيام بالهروب من البيت وأمضى ليلة أو أكثر خارج منزل والديه أو من يقومان بتربيته.
- ٣ - كثيراً ما يبدأ بالشجار.
- ٤ - استخدام سلاح أو أكثر في أكثر من مشاجرة واحدة.
- ٥ - أجبر شخصاً على ممارسة الجنس معه.
- ٦ - القسوة في إذاء الحيوانات وتعتمد ذلك.
- ٧ - القسوة وإيذاء الآخرين في غير المشاجرات.
- ٨ - تعتمد إشعال الحرائق.
- ٩ - كثرة الكذب (على أن لا يكون لتجنب العقاب البدني أو الإعتداء الجنسي).
- ١٠ - السرقة لأشياء ما (ويدخل في هذا السياق إمكانية التزوير وتوقيع إمضاء شخص آخر مثلاً).
- ١١ - عدم الشعور بالندم.
- ١٢ - تبرير سلوكياته المضادة للمجتمع السابقة (مثل الكذب - الفش - السرقة - الإعتداء... إلخ).
- ١٣ - الإستهتار بسلامة النفس والغير (ولنا أن نتخيل أن مثل هذا الشخص مسؤول عن قيادة مركبة من مركبات المواصلات العامة).
- ١٤ - إتباع الخداع لتحقيق منافع شخصية (مثل إستعارة أسماء الغير، الإحتيال والنصب على الآخرين... إلخ).
- ١٥ - التهور والإندفاعية.
- ١٦ - عدم وجود أي تخطيط للمستقبل.

### ملاحظات:

- أ - لا بد من توافر ثلاثة معايير (أو أكثر) حتى يمكن التشخيص وفقاً لهذا النمط من الاضطرابات.
- ب - ألا تقل سن الشخص عن ١٨ عاماً.
- ج - توافر العديد من الدلائل التي تشير إلى إصابته باضطراب السلوك وقبل بلوغه سن (١٥) عاماً.
- د - ألا يقتصر ظهور السلوك المناهض للمجتمع على فترات إصابة بالفطام أو بنوبة هوس.
- هـ - إن الصفات المميزة لهذا النمط من اضطرابات الشخصية يتصف بالآتي:
  - عجز عن الإستمرار في العمل بصورة مستقرة.
  - بطالة لمدة ٦ أشهر بالرغم من توافر العمل وإمكانية إلتحاقه به.
  - وإن إلتحق بالعمل فستجد أن السمة الأساسية الغياب المتكرر بالرغم من عدم وجود ما يستدعي غيابه.

### سمات السيكوپاين:

وجدت العديد من الدراسات أن النمط المضادة للمجتمع يتسم بالصفات الآتية:

- ١ - تظهر نزعاتهم منذ سن مبكرة في صورة أعمال مضادة للخلق أو في صورة تكبر ظاهر وعناد وتحد لسلطة الكبار.
- ٢ - أنهم لا يستجيبون للعقاب أو التعلم أو العلاج، ولذا فإنهم يقومون بهذه الأعمال المضادة بالحاج.
- ٣ - يرتكب السيكوپاينون أعمالهم دون خجل، وفي بعض الأحيان علانية. بل لقد يفاخرون بها وليس في مقدورهم أن يحتفظوا بسرية أعمالهم.

- ٤ - لا ينتفعون من التجربة السابقة. كما أنهم يعيشون في ملذات الحاضر وتجرفهم أهواء اللحظة الراهنة. كما أنهم لا يباؤون بالنتائج التي يتعرضون لها.
- ٥ - يرتكبون جميع أنواع الجرائم، أي أنهم لا يتخصصون في جريمة بعينها.
- ٦ - جرائم السيكوباتية لا معنى لها. أي أنهم يكذبون من أجل الكذب في حد ذاته وكذلك الأمر في السرقة والنصب والإحتيال.
- ٧ - على الرغم من استمرار سلوكهم المضاد لمجتمع إلا أنهم يبدون أمام الغرباء كقوم ظرفاء.
- ٨ - سوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان يعكس المجرمين الذين يظهر سلوكهم السيء في نوبات متقطعة لأنهم ينتظرون خير فرصة لإرتكاب جرائمهم دون إفتضاح. (فرج طه، ١٩٧٩، ٩٧ - ٩٨)

## ٢- اضطراب الشخصية البينية Borderline personality Disorder:

### هدى الإنشاز:

تشير وبائيات هذا النمط من اضطراب الشخصية إلى:

- بداية يتفق الإخصائيون الإكلينيكيون على أن تشخيص اضطراب الشخصية البينية وعلاجها من الأمور المثيرة للتحدي وصعوبة العلاج.
- أن بداية الإقدام على علاج مثل هذا النمط من الاضطرابات لا يقدم عليه المعالجون، وإذا أقدموا أقدموا في رهبة ووجل.
- أن السبب في الإحجام عن علاج مثل هذا النمط من الاضطرابات يتمثل في أمرين:

- أ - زيادة عدد المنتحرين من بين الذين يمانون من هذا النمط من الاضطرابات.

ب- أن المريض قد يقدم على الإنتحار دون وجود تاريخ سابق أو مؤشرات تشير إلى حدوث هذا الفعل. (لينهان، كيهير، ٢٠٠٢، ٩٥٥)

- يصيب هذا الاضطراب حوالي ٢٪ من إجمالي السكان.
- أكثر إنتشاراً بين الإناث.
- ترتفع نسبة حدوث اضطراب الوجدان وتعاطي المخدرات بين أفراد أسر المرضى.
- يزداد إنتشار اضطراب الشخصية البينية بين أمهات مرضى هذا الاضطراب.

#### تعريفه:

هو نمط متغلغل من عدم الإستقرار الإنفعالي، وعدم إستمرار العلاقات مع الآخرين، وعدم ثبات صورته عن ذاته، والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة. (Spitzer., et al, 1990)

مع الأخذ في الإعتبار أن هذا النمط من اضطرابات الشخصية قد تزايد به الإهتمام مؤخراً للعديد من العوامل:-

- أن تعريف هذا النمط من الاضطراب يكتفه العديد من الاختلاف والتعقيد.
- كثيراً ما يتم الخلط بينه وبين العصاب والذهان واضطرابات الشخصية الأخرى، والاضطرابات المعرفية.
- لذلك فإن مسح البحوث السابقة في هذا المجال قد أكدت أن أكثر من ٤٠٪ من الدراسات والبحوث تم تخصيصها لدراسة اضطرابات الشخصية البينية. (Widiger.T.of Frances.A., 1989, p:8)

### تشخيص اضطرابات الشخصية البيئية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

- ١ - نمط من العلاقات الإجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين تتصف بالتقلب بين التطرف في الإعجاب والتطرف في التحقير.
- ٢ - السلوك المنفرد في مجاليين - على أقل تقدير - يتصفان بالإضرار بالذات مثل:
  - التذبذب إلى درجة السفه.
  - المبالغة في ممارسة الجنس.
  - تعاطي المخدرات.
  - إختلاس المعروضات.
  - الإستهتار في القيادة.
  - نوبات من الإفراط في تناول (أو إلتهاام) الطعام.
- ٣ - عدم إستقرار الإنفعال. حيث نجد إنحرافات واضحة عن الحالة الإنفعالية المعتادة بإتجاه الإكتئاب أو العصبية أو القلق الذي يتفرق في العادة ساعات قليلة، ولا يتجاوز بضعة أيام في أحوال نادرة.
- ٤ - عدم القدرة على التحكم في الغضب، أو الغضب دون مبرر، فيثور كثيراً على سبيل المثال، أو يغضب بصورة مستمرة، أو يتشاك بالأيدي مع غيره بصورة مستمرة.
- ٥ - التهديد بالإنتحار أو التظاهر بمحاولته أو القيام به أو السلوك الهادف إلى تشويه صورة الجسم.
- ٦ - اضطراب ملحوظ و مستمر في إدراك الهوية والذي يتضمن عدم تأكيد من إثنين على الأقل من (المواضيع) الآتية: -
  - تصوره عن ذاته.
  - إتجاهاته الجنسية.
  - أهدافه البعيدة.
  - إختياره للمهنة.
  - نوع الأصدقاء الذين يريدتهم.
  - قيمه المفضلة أو التي يؤمن بها.

- ٧- تتنابه مشاعر من الخواء النفسي والملل المزمن (دون وجود سبب خارجي واضح).
- ٨- جهود محمومة تهدف إلى منع قيام شخص آخر بتركه في الواقع أو الخيال، (ولذا قد يقوم بالعديد من السلوكيات (مثل الإستعطاف) والتي تهدف إلى محالة إبقاء الطرف الآخر معه وأن لا يفارقه).
- ٩- ظهور أفكار إضطهادية بصورة عابرة عند التعرض للضغوط النفسية.

#### ملحوظات:

- أ- لا بد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.
- ب- يتسم هذا النوع من الاضطرابات بالصفات الآتية: -
  - نمط متأصل من عدم إستقرار العلاقات مع الآخرين.
  - تهور ملحوظ وإندفاعية هوجاء تجاه الآخر أو الذات.
  - يظهر هذا النمط من الاضطرابات في الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين.

#### ٢- اضطراب الشخصية الهستيري Histrionic Personality Disorder:

##### مدى الانتشار:

- تتلخص وبائيات هذا الاضطراب في الصفات الآتية:
- ينتشر بنسبة ٢ - ٣٪ بين السكان.
  - أكثر انتشاراً بين الإناث.
  - يندر تشخيصه بين الذكور.
- يقدر أحمد عكاشة (١٩٩٨) أن نسبة وجودها تصل إلى حوالي ١٠٪ بين أفراد الشعب المصري، ويحتل إرتفاع نسبة وجود هذا الاضطراب لدى النساء (دون الرجال) إلى حوالي ٣٠٪.

## تعريفها:

هو نمط سائد يتصف بالتهويل والإنفعالية، والنزوغ إلى الإقتصار على العموميات دون التطرق إلى التفاصيل في الحديث. ولذا فإن الشخصية الهستيرية ليست مرضاً ولكنها تقلب في العاطفة وتغير سريع في الوجدان لأنته الأسباب، إضافة إلى سرعة التأثر بالأحداث اليومية والأخبار المثيرة، بل ويرسمون خططهم وفقاً لهذه الحالة الإنفعالية. كما أنها تتميز: بالأنانية، رغبة في الظهور، إستجلاب الإهتمام، المحاولات المستمرة والدائمة للفت إنتباه الآخرين، وحب الإستعراض، والمبالغة في الكلام والملابس والزينة والتبرج، إضافة إلى تأويل الكثير من الظواهر العادية إلى صفات تتصل بالجنس. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تشخيص اضطرابات الشخصية الهستيرية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

- ١- السعي إلى المديح بصورة غير عادية.
- ٢- بيدي من مظهره أو سلوكه الرغبة في الإغراء الجنسي بصورة غير لائقة.
- ٣- شديد الإهتمام بجاذبية المظهر؛ ولذا يشعر بضيق شديد إذا لم يك موضع تقدير وإهتمام لآخرين.
- ٤- يظهر إنفعالاته بصورة مبالغ فيها (وربما غير لائقة).
- ٥- يشعر بعدم الإرتياح في المواقف التي لا يكون فيها محط أنظار وإهتمام الآخرين.
- ٦- الأنانية؛ حيث تهدف أفعاله إلى الحصول على المتعة الفورية لأنه - بطبيعته - لا يتحمل التأجيل، أو الإحباط الناتج عن تأجيل الحصول على المتعة.
- ٧- تتصف طريقة كلامه بعدم الموضوعية، والإنطباعات الشديدة، وقلة التفاصيل.

٨- سهل التأثر بالإيحاء أو بأفكار الآخرين والمواقف الإستهوائية.

٩- يعتبر علاقاته بالغير أكثر حميمية مما هي عليه بالفعل.

### ملاحظات:

أ- لا بد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابق ذكرها

حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الاضطراب.

ب- يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية :-

• يبدأ عادة في مرحلة مبكرة من سن الرشد.

• يتسم بفرط الإنفعال.

• يهدف إلى لفت أنظار الآخرين.

• يظهر العديد من المواقف المختلفة ومن خلال تفاعلاته مع الآخرين.

٣- اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder:

### هذه الإنشاز:

تتصف وبائيات هذا الاضطراب بالآتي :-

• هذا الاضطراب يصيب نسبة لا تقل عن ١٪ من السكان.

• من الأمراض المزمنة، صعبة العلاج.

• يؤدي هذا المرض إلى المضاعفات الآتية :-

• اضطراب الوجدان.

• حالات ذهانية عابرة.

• الاضطرابات جسدية الشكل.

• اضطراب تعاطي المواد المخدرة.

• المآل ولا يدعو إلى التفاؤل.



## تعريفه:

نمط متغلغل من الشعور بالعظمة في الخيال، أو يتضح من سلوكه عدم القدرة على الشعور بمشاعبي الغير، حساسية مفرطة لأراء الآخرين فيه، نمط يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة. إضافة إلى شعور بالخيلاء والإنشغال المفرط بما يتعلق بتقدير الذات.

## معايير تشخيص اضطرابات الشخصية النرجسية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

- أ- تتصف ردود أفعاله للنقد بالشعور بالغيظ والخزي أو المهانة حتى لو لم يعبر عنها.
- ب- تضخم إحساس الشخص بأهميته حيث المبالغة في وصف إنجازاته ومواهبه، ويتوقع أن يعترف الآخرين بتفوقه دون قيامه بما يتفق مع ذلك.
- ج- إنشغاله بخيالات النجاح الذي لا يعرف حدوداً، والقوة، والألمعية والجمال، والحب العذري.
- د- يطالب بالحصول على الإعجاب الشديد إلى درجة إستجداء المديح من الآخرين.
- هـ- يشعر بأن له حقوق لا يستحقها بالفعل (مثل: توقعاته غير المعقولة بأن يلقي معاملة خاصة، أو أن تقابل توقعاته بالطاعة العمياء).
- و- يستغل علاقاته بالآخرين؛ كأن يستفيد من علاقته بهم في تحقيق مآربه الخاصة.
- ز- يفتقر إلى التعاطف، وليس لديه إستعداد للإعتراف بمشاعر الغير وحاجاتهم أو التوحد بها.
- د- كثيراً ما يحسد غيره أو يعتقد أن الآخرين يفارون منه.
- ز- يتصف سلوكه بالفطوسة والخيلاء.

### ملاحظات:

- أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) لكي يتم التشخيص وفقاً لهذه الفئة (من الأعراض السابقة).
- ب- يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية: -
  - نمط متواصل يتصف بالخيلاء (في الخيال أو تظهر في السلوك).
  - الحاجة إلى استمرار إعجاب الآخرين به ومدحه.
  - إنعدام التعاطف (الحقيقي النابع من الداخل) تجاه الآخرين.
  - يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
  - يظهر في العديد من المواقف الحياتية والمعايشة وتجاه تفاعلاته مع الآخرين.

### ثالثاً: شخصيات تتصف بالخوف والقلق

- أ- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive compulsive personality disorder

### مدى الانتشار:

- تتصف وبإثبات هذا الاضطراب بالآتي: -
- يصيب الذكور أكثر من الإناث.
  - احتمال وجود عامل وراثي.
  - ارتفاع تطابق حدوثه في التوأمين أحادي البويضة.
  - أكثر حدوثاً بين أكبر الأبناء.
  - وفي مصر يلخص الموقف أحمد عكاشة كالآتي: -

- وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يمانون من نفس المرض، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يمانون من الشخصية القهرية، وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة؛ أي حوالي ٣٠٪.
- تبين حديثاً أن الشخصية القهرية لا تظهر إلى في حوالي ٢٠ - ٢٥٪ من حالات الوسواس القهري، وأنه كثيراً ما يسبق الاضطرابات شخصيات أخرى مثل: الشخصية الإعتيادية، والبنية أو شبه الفصامية، وكذلك أنماط مختلفة.
- إتضح أن مرض اضطرابات الشخصية في مصر - في دراسة حديثة - يأتون بين سن ٢٠ - ٤٠ عاماً.
- يغلب على الشخصيات الوسواسية القهرية في مصر طابع الطقوس الحركية؛ وخصوصاً تلك المتعلقة بالنظافة والتلوث وما يتبعها من مخاوف، وأن ذلك له صلة بالناحية الدينية.
- وجد في مصر - في دراسة حديثة - أن ٨٪ من الحالات المصابة بالوسواس القهري قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهان الفصام (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### تعريفه:

اضطراب شخصية يتميز بعدم الاستقرار على رأي، والشك والحدس الشديد؛ مما يعكس عدم أمان شخصي عميق. إضافة إلى الحاجة إلى التأكيد المتكرر من الأشياء، وإنشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة، ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الأوسع ودقة مفرطة وضمير حي، وإنشغال غير ضروري بالإنتاجية الشخصية لدرجة إستبعاد المتعة والعلاقات الشخصية. إضافة إلى تميزها بالنظام الشديد، والدقة المتناهية في الأمور، والمطالبة بالمثل

العليا واحترام التقاليد مع ميلهم للصلابة في الرأي وعدم المرونة في معاملة الناس ويميلون للروتين. وإن اختلف أحد معهم في شيء من ذلك إتهموه بالإهمال وانعدام الضمير، وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء، ولا يكادون يخلدون إلى الراحة حتي يبدئون في لوم أنفسهم. إضافةً إلى الميل إلى التكرار والتأكد من كل عمل، إضافةً إلى إهتمامات مبالغ فيها بمسألة نظافة المسكن والملبس، إضافةً إلى ميلهم إلى القراءة في المسائل الطبية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

### معايير تشخيص اضطراب الشخصية القهرية وفقاً للدليل الرابع:

- ١- الإنشغال بالتفصيلات واللوائح والقوائم والتنظيم والجداول؛ بحيث يفيب عن ذهن الشخص الهدف النهائي من النشاط المطلوب.
- ٢- السعي وراء الكمال لدرجة تحول دون إكمال المهام أو العمل، وعدم القدرة على إنهاء المهمة بسبب عدم إنطباق معايير الصارمة عليها، إضافةً إلى إنفاق وقت أطول في إتمام العمل رغبةً منه في الوصول إلى درجة الكمال المطلق.
- ٣- يبالغ في تكريس نفسه للعمل والإنتاج، متفاضياً عن الأنشطة الترفيهية والصدقات (شرط ألا يكون عدم ممارسته للأنشطة ناتج عن عسرة المال).
- ٤- يقظة الضمير، وهرط الإحتشام، وعدم المرونة فيما يتعلق بالموضوعات التي ترتبط بالأخلاق والقيم (بشرط ألا يكون السلوك السابق مفروضاً عليه من ديانتة أو طبيعة الثقافة التي يعيش في كنفها).
- ٥- العجز والتردد وعدم التخلص من الأشياء المستهلكة أو عديمة القيمة حتى وإن لم يكن لها أي ذكريات عاطفية أو إنفعالية.

- ٦- العزوف عن تفويض غيره في القيام بأي عمل يخصه، أو حتى مساعدته في العمل ما لم يضع اللوائح والتفاصيل لتفويض الآخر بأداء جزء من العمل.
- ٧- البخل في الإنفاق على النفس والغير، بل ويرى أن النقود (أشياء ثمينة وعظيمة) يجب تكديسها تحسباً لكوارث قد تحدث في المستقبل.
- ٨- يتصف سلوكه بالجمود والعناد والصلابة وعدم المرونة.
- ٩- نادراً ما يظهر القدرة على التعبير الإنفعالي، وإظهار المواقف الرقيقة أو لا يظهرها على الإطلاق (ولذا قلما يحتضن أو يقبل أعزاء، ونادراً ما يبدي الحب والود لهم).

### ملاحظات:

- أ- لا بد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن التشخيص.
- ب- يتسم هذا النوع من الاضطراب بالآتي:-
  - الإنشغال المفرط بالنظام والكمال.
  - القدرة على التحكم في التفكير والعلاقات الاجتماعية.
  - يتميز بالصلابة والعناد والإصرار على رأيه.
  - يظهر هذا الاضطراب في بداية سن الراشد المبكر.
  - يظهر هذا الاضطراب من خلال رصد أعراضه السابقة في كثير من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

### ٢- اضطراب الشخصية المتجنبة Avoidant Personality Disorder:

#### مدى الانتشار:

- تبلغ نسبة انتشارها بين السكان ٠,٥٪ إلى ١٪.
- من العوامل التي تعهد لهذا الاضطراب: اضطراب الطفولة والمراهقة المتجب، والأمراض الجسمية المؤدية إلى التشويه.

## تعريفها:

نمط متقلقل من الشعور بعدم الإرتياح الإجتماعي، تتسم بالخنوع والإعتماد على غيرها، والخوف من التقيين السلبي بواسطة الآخرين، والخجل الذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة. (Spitzer, et al, 1990)

## معايير لتشخيص اضطراب الشخصية المنجنية وفقاً للدليل الرابع:

- ١- تجنب الأنشطة المهنية والتي تتطلب التعامل مع الجمهور؛ لخوفه من: النقد، أو عدم الرضا عنه، أو رفضه.
- ٢- لا يقيم أي علاقة مع أي شخص إلا إذا أخذ الضمانات والتأكيدات من أن هذا الشخص سوف (يحبه) ولا ينتقده.
- ٣- متحفظ تجاه العلاقات الوثيقة خشية تعرضه للسخرية أو إشعاره بالخزي.
- ٤- منشغل دوماً بإمكانية تعرضه للنقد أو الرفض في المواقف الإجتماعية.
- ٥- شعوره بالكف في المواقف الإجتماعية الجديدة لإحساسه بعدم كفاءته (ولذا يخشى النطق بكلام سخي أو غير مناسب لدرجة أن يتهرب من الإجابة على بعض الأسئلة).
- ٦- ينتابه إحساس دوماً بأنه أحمق، وأن مظهره منفر، وأنه دوماً أقل وأدنى من الآخرين.
- ٧- يحجم بشكل غير عادي عن الإقدام على المخاطرة الشخصية أو ممارسة أي نشاط جديد خشية أن يسبب له الحرج.
- ٨- ليس لديه أصدقاء حميمين أو من يأتهمهم على أسراره.
- ٩- يبالغ في الصعوبات أو الأخطار المحتملة والمتعلقة بقيامه بأشياء عادية، ولكنها لا تدخل ضمن نطاقه المعتاد (مثال: يلقي في آخر لحظة حضوره لحفل لتوقعه الشعور بالإرهاق من المجهود الذي سيبدله للوصول إلى مكان الحفلة).

### ملاحظات:

- أ- لا بد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.
- ب- لعل من أهم السمات الأساسية التي تعود أصحاب هذا النمط من الاضطراب:-

- سيادة مشاعر بعدم الكفاءة.
- فرط الحساسية لأي نقد أو تقييم سلبي.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر هذا الاضطراب في العديد من المواقف والتفاعلات الاجتماعية للشخص.

### ٣- اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها Dependent Personality Disorder

#### مدى انتشارها:

- أكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور.
  - اضطراب شخصية شائع (وإن كانت الدراسات لم تحدد النسبة بعد).
  - من العوامل المهيئة لهذا الاضطراب إمكانية إصابة الشخص بمرض عضوي مزمن أثناء مرحلة الطفولة، أو معاناته من قلق الانفصال عن الأم.
- (Kaplan.H & sadock,B., 1996)

#### تعريف اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها:

اضطراب شخصية يتميز بإعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولي مسؤولية جوانب هامة في حياة الشخص، وتسخير الاحتياجات الذاتية

للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص، ورضوخ غير مبرر لرغباتهم، إضافة إلى إحساسه بعدم الكفاءة، والإنشغال بالخوف من الناس كي لا يهجو، والإحساس بعدم الراحة عندما يكون وحيداً، والإحساس بالكارثة حين تنقسم علاقة حميمة مع آخر، إضافة إلى إلقاء التبعة والمسؤولية على الآخرين دوماً مع إفتقاد إلى الثقة في النفس والإحساس بالمعجز وعدم القدرة على إتخاذ القرارات. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

#### معايير لتشخيص اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها وفقاً للدليل الرابع:

- ١- يشعر بصعوبة في إتخاذ قرارات الحياة اليومية دون اللجوء إلى نصيح الآخرين وطماننتهم بصورة مبالغ فيها.
- ٢- يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية بشأن جوانب رئيسية من حياته.
- ٣- يجد مشقة في التعبير من إختلافه في الرأي مع الآخرين لخوفه من فقدان دعمهم أو رضاهم عنه.
- ٤- يصعب عليه المبادرة بالقيام بأعمال جديدة، أو الإضطلاع بالمهام مع تحمل المسؤولية (ويستند الشخص إلى عدم ثقته في صحة حكمه على الأمور، وفي قدراته وليس لإنعدام دافعيته أو نشاطه).
- ٥- يبذل جهداً كبيراً للحصول على رعاية الآخرين ومساندتهم إلى حد تطوعه للقيام بمهام (مزعجة).
- ٦- يشغل بعدم الإرتياح والمعجز عندما يكون بمفرده لمخاوف مبالغ فيها من عدم تمكنه من رعاية نفسه.
- ٧- يبحث بإلحاح عن علاقة جديدة كمصدر لرعايته ومساندته عند إنتهاء علاقة وثيقة تربطه بشخص آخر.
- ٨- ينشغل بصورة غير واقعية بمخاوف تركه ليتولى رعاية نفسه بنفسه.

(DSM IV, 1994)



### ملاحظات:

- أ- لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص.
  - ب- أهم الصفات لهذا النمط من اضطرابات الشخصية هو:-
    - فرط الحاجة إلى أن يراعاه الآخرون.
    - الخنوع والإلتصاق بالغير.
    - تتتابه مخاوف الانفصال.
    - يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
    - يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين.
- الطائفة الرابعة: اضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه

### ملحوظة:

هذه الاضطرابات الخاصة بهذه الفئة غير مدرجة في الدليل الرابع حالياً ، وتخضع للبحث أملاً في أن تضاف إليه في الإصدار القادم، ولذا تقدم محاولة للوقوف على أهم أعراض وسمات هذه الاضطرابات من الشخصية والذي لم يسبق تصنيفه.

### أ- اضطراب الشخصية السلبية العدوانية Passive aggressive Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

- لا توجد نسب محددة توضح مدى الإصابة بهذا الاضطراب.
- إصابة الفرد باضطراب التحدي والعدا في الطفولة (كسمة) يمكن أن نأخذه كمؤشر لإصابة الفرد - فيما بعد - باضطراب الشخصية السلبية العدوانية.

تعريفها:

نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه أداء إجتماعي أو مهني كاف. حيث يكون الفرد متباطئاً في إنجازهِ للأعمال، ويصبح كثير الجدل عندما يطلب منه فعل شيء لا يريده، إضافةً إلى (تعهد نسيانه) الأعمال والوعود التي عاهد نفسه على الوفاء بها بحجة أنه قد نسي ذلك.

(Spitzer., et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية السلبية العدوانية وفقاً للدليل الرابع:

- ١- يتخذ المقاومة السلبية سلاحاً له عند تنفيذ المهام الروتينية والإجتماعية والمهنية.
- ٢- دائم الشكوى من أن الآخرين لا يقدرّون حقيقة ما يقوم به من الأعمال، إضافةً إلى عدم تقديرهم له التقدير الذي يستحقه.
- ٣- دائم الإمتعاض وكثير التبرم (والقرف).
- ٤- دائم النقد والسخرية لرؤساءه، ويسخر منهم دوماً دون مبرر.
- ٥- دائم الحسد والسخط تجاه الشخص الأفضل منه حظاً ومكانة.
- ٦- دائم الشكوى من سوء الحظ الذي يلزمه.
- ٧- يتقلب سلوكه ما بين التحدي العدائي للآخرين أو إبداء الندم على ما إقترفه من سلوك.
- ٨- يتبرم من الإقتراحات المفيدة التي يتقدم بها الغير حول كيفية تحسين إنتاجه.
- ٩- يعرقل جهود الآخرين بسبب عدم إنجازهم لمهامه. (DSM IV, 1994)

## ملاحظات:

- أ- لا بد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذا النمط من اضطرابات الشخصية.
- ب- لعل أهم سمات هذا الاضطراب الآتي:-
  - نمط متواصل في الشخصية يتصف بالمقاومة السلبية.
  - تعطيل الأعمال وتعتمد تأخيرها.
  - التبرم عند أي توجيه لتحسين العمل.
  - هذا الاضطراب يبدأ في سن الرشد المبكرة.
  - يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات التي تتم بين الشخص والآخرين.

## ٢- اضطراب الشخصية المكتئبة Depressive Personality Disorder:

### مدى الانتشار:

- اضطراب شائع لكن علمياً لا توجد بيانات يمكن الإعتماد عليها.
- الوضع في مصر كالاتي:
- من ٥٠ - ٧٠٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها هذا الاضطراب.
- يعاني أكثر من عشرة ملايين فرد في عالمنا العربي من الاضطرابات المزاجية والإكتئابية.
- في دراسة ميدانية وُجد أن نسبة الأعراض الإكتئابية في مصر وبين مجموعة ريفية حوالي ٣٦٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢٪. إما الاضطرابات الوجدانية (بمختلف صورها الأخرى) فقد تراوحت بين ٤ - ٧٪ (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

## تعريفها:

نمط من الشخصية يتميز صاحبه بالإحساس بالعجز واليأس معاً، كما أنهم يقدمون أنفسهم على أنهم أقل فعالية وكفاءة مما هم عليه في حقيقة الأمر، إضافةً إلى غياب التقدير أو اعتبار الذات المبني داخلياً أو المبني من داخل البناء النفسي للفرد. مع سمات: التشاؤم، فقدان الشعور بالمتعة، الإلزام المفرط بأداء الواجب، والشك في قيمة ما يفعل مع شعور مزمن بالتعاسة والشقاء، وإيجابية مفرطة بالإنيار لأقل إيجابا. (أنطوني ستور، ١٩٩١)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية المكتئبة وفقاً للدليل الرابع:

- ١- سيطرة مشاعر اليأس والكآبة وإنعدام المرح والسعادة والتعاسة كسمات أساسية تميز مزاج الشخص.
  - ٢- تشغل الذات بمفاهيم ومعتقدات تدور حول عدم الكفاءة وتفاهة الشأن والدونية.
  - ٣- تتصف اتجاهات الشخص نحو نفسه بالنقد واللوم والتهوين من شأنه والحط من اعتبار لذات وقيمتها.
  - ٤- دائماً ما تسيطر على أفكار الشخص التشاؤم والقلق.
  - ٥- يتسم بالسلبية تجاه الآخرين مع نقد لاذع لهم.
  - ٦- يعد التشاؤم العنوان الرئيسي للشخص المصاب بهذا الاضطراب.
  - ٧- حساسية مفرطة للمواقف مع سرعة الشعور بالذنب والندم.
- (DSM IV, 1994)

## ملاحظات:

- أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

- ب- يشترط التشخيص، عدم إقتصار ظهور الأعراض السابقة على نوبات الإكتئاب الجسيم، ولا يفسرها وجود مرض عقلي آخر.
- ج- أهم سمات هذا النمط من الاضطراب:-
- إكتئاب يسيطر على التفكير والمزاج والسلوك.
  - يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
  - يظهر العديد من المواقف والتفاعلات بين الشخص والآخرين.

### ٣- اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها Self Defeating Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الإعتماد عليها لتحديد مدى إنتشار هذا النمط من الاضطراب.
  - كثيراً ما تقود إلى إعتداء أحد الوالدين عليه في الطفولة.
- تعريفها:

نمط متغلغل من السلوك الهازم للذات؛ حيث يتصف الشخص بتجنب أو إفساد الخبرات الممتعة، ويسعى لأن يستدرج لمواقف أو علاقات تسبب له المعاناة، ويمنع الآخرين من مساعدته ووضعه نفسه في مواقف تسبب له القهر والمعاناة.

### معايير لتشخيص اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها وفقاً للدليل الرابع:

- ١- يختار الأشخاص والمواقف التي تسبب له الفشل وخيبة الأمل وسوء المعاملة حتى عند توافر فرص أفضل بصورة واضحة.
- ٢- يرفض محاولات الآخرين لمساعدته لأنه لا يريد مضايقتهم.

- ٣- يستجيب للأحداث الشخصية الإيجابية (مثل الإنجاز - النجاح - الحصول على أي شهادات تفوق) بالإكتئاب والشعور بالذنب، أو بسلوك يسبب له الألم مثل الحوادث.
- ٤- يثير غضب الآخرين أو رفضهم له؛ ونتيجة ذلك يشعر بالمهانة والهزيمة والإذلال.
- ٥- يترك فرص الإستمتاع تمر دون أن ينتهزها، أو يمتنع عن الإعراف بالإستمتاع من توفر المهارات الإجتماعية اللازمة لديه وقدرته على إستشعار المتعة.
- ٦- يفشل في إنجاز المهام الاساسية بالنسبة لأهدافه الشخصية بالرغم من قدرته الواضحة على الإنجاز.
- ٧- يشعر بالملل ممن يعاملونه معاملة طيبة بصورة منتظمة، أو لا يهتم بهم. مثال (لا يجذبه من الناحية الجنسية من يحبه أو يبدي إهتماماً به من الجنس الآخر).
- ٨- يبالغ في التضحية بنفسه دون أن يطلب منه ذلك، وبالرغم من عدم تشجيع المستفيدين من تلك التضحية.

#### ملاحظات:

- أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الاضطراب.
- ب- أهم سمات هذا الاضطراب: -
  - أن الشخص لا يشعر بالمتعة في المواقف التي تتطلب ذلك.
  - يستدعي الخبرات السيئة كرد فعل لهذه المواقف التي تتطلب ذلك.
  - يضع نفسه في المواقف التي تجلب له المهانة والتعاسة.
  - يظهر هذا الاضطراب بداية من مرحلة سن الرشد المبكرة.
  - يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات التي تقتضي وجود الفرد على الآخرين.

## أسباب الاضطرابات الشخصية:

### أولاً: الأسباب الوراثية - البيولوجية:

- وجدت العديد من الدراسات أن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث هذه الاضطرابات، (مثل: الوراثة، الإصابات السابقة على الولادة، التهاب المخ، إصابات الدماغ المختلفة).
- ترتفع نسبة توافق حدوث الاضطراب في التوأمين الأحادي البويضة.
- تتوافر العديد من الأدلة التي تشير إلى اضطراب وظائف من أجزاء بعينها في المخ في اضطرابات الشخصية، وفيما يلي أمثلة عليها: -

أ- الفص الجبهي: حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود اختلالات به خاصة عند ظهور سمة الإنسحاق والتهور لدى الشخص، وسوء الحكم على الأمور، مع عجز في الإرادة أو تعطلها.

ب- الفص الصدغي: حيث وجد اختلال في هذه الوظيفة خاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون بزيادة العدوان والجنس والتدين المرضي، وإحتمال اللجوء إلى العنف كسمة أساسية في سلوكهم.

ج- الفص الجداري: حيث كشفت الدراسات عن وجود اختلال في هذا الجانب من المخ خاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون بإنكار المرض، والشعور بالنشوة، وفقدان الاستبصار بالكثير من قواعد وقوانين الواقع المعاش.

### ثانياً: العوامل النفسية - الاجتماعية:

- ١- وجدت العديد من الدراسات أن هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية والإعتداء عليهم في كثير من الأحيان، سواء كان هذا الإعتداء بدنياً أم جنسياً على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك.

٢- إضافةً إلى إدراك أكبر للرفض الوالدي وخاصةً لدى الأفراد ذوي الشخصيات المناهضة للمجتمع؛ حيث يدرك الطفل هذا الرفض على أساس أنه رفض لوجوده هو شخصياً، ثم يقوم من خلال هذه الخبرة بتعميم - هكذا يدرك - أن الآخرين يرفضونه. وما دام الأمر كذلك فلماذا لا يبادرهم بالإعتداء عليهم وترويع أمنهم قبل أن يبادرونه هم بذلك؟ (Vitousek & Mank, 1994) (أو وفقاً للمثل القائل: أتعدى به قبل أن يتعدى بي).

٣- وأن اضطرابات الشخصية تكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص؛ لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم، ولكنها تتفاعل مع وجود بعض المعطيات الأساسية التي يملكها الشخص. (محمد شعلان، ١٩٧٩)







## المرأة واضطرابات النوم

### محتويات الفصل

- وبائيات اضطرابات النوم.
- تعريف اضطرابات النوم.
- تصنيف اضطرابات النوم.
- أولاً: اضطرابات النوم الأولية.
- أ- الأرق: التعريف - محكات التشخيص.
- ب- فرط النوم: التعريف - محكات التشخيص.
- ج- اضطرابات مواعيد النوم واليقظة: التعريف - محكات التشخيص.
- د- غفوات النوم المفاجئة: التعريف - محكات التشخيص.
- هـ- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس: التعريف - محكات التشخيص.
- ثانياً: اضطرابات النوم الثانوية (أو مخلات النوم)
- أ- اضطراب الكوابيس الليلية: التعريف - محكات التشخيص.
- ب- اضطراب فزع النوم: التعريف - محكات التشخيص.
- ج- المشي أثناء النوم: التعريف - محكات التشخيص.
- اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى.
- أسباب اضطرابات النوم.



## الفصل الثامن

### المرأة واضطرابات النوم

#### اضطرابات النوم

#### Sleep Disorders

#### مقدمة:

شغل موضوع النوم واضطراباته أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفي عام إلى الدرجة التي خصص فيها اليونانيون القدامى إلهًا للنوم هو "هينوس Hepnos" توأم الموت، ولكن البحث العلمي الجاد في موضوع النوم لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالي أربعين عامًا، حيث شغل مزيدًا من الاهتمام في الوقت الراهن. (أحمد عبد الخالق، مایسة السینال، ١٩٩٢، ص ٢٤)

#### وبانیات اضطراب النوم:

#### توصلت الدراسات الوبائية إلى الخطوط الرئيسية الآتية:

- أن معدلات إنتشار مشكلات النوم أكثر إنتشاراً مما نتوقع. ففي ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت إحدى الدراسات إلى أن ٢٥٪ من أفراد عينة الدراسة (ومع ذلك في عينة مكونة من ١١٣ مفحوصاً) يعانون من الأرق.
- وفي ولاية لوس أنجلوس إرتفعت النسبة إلى ٤٢٪.
- وفي شمال النرويج وجد أن ٤٢٪ من النساء و ٣٠٪ من الذكور يعانون من الأرض في فصل الشتاء، و ١٨٪ من النساء و ٩٪ من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة، وذلك في عينة مؤلفة من ١٥٦ مفحوصاً.
- وفي السويد وجد أن ١٤٪ يعانون من الأرق، و ١٧٪ من حرط النوم، و ١٦٪ من الشخير.

- وفي سويسرا وجد أن ٥٠٪ من الراشدين لديهم شكوى من الأرق، و٧٠٪ من الذكور و١٢٪ من الإناث يعانون من أكثر من نوع من مشكلات النوم بصفة دائمة.
  - كما وجد إنتشار الأرق لدى عينة من اليابانيات بنسبة ١١,٢٪، وذكر ١٦,٨٪ من العينة أنهم يستخدمون بصفة دائمة العقاقير المنومة خلاصاً من الأرق.
  - وفي بريطانيا وفي إستفتاء شمل ٢٥ ألف شخص قررت نسبة تقدر بحوالي ٢٥٪ أنها مشت خلال النوم مرة أو أكثر في حياتهم.
  - كما تنتشر مشكل النوم الأخرى بنسبة ٤٠٪ لدى الأطفال فيما بين ١ - ١٢ عاماً، وبنسبة ٢,٥٪ لدى الراشدين.
  - كما توصلت بعض الدراسات الأخرى إل إنتشار العديد من مشكلات النوم مثل: توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسمنة أو اضطراب إيقاع النوم وعلاقتها بتغير نوبات العمل، والفرز والكوابيس والشخير وينسب عالية لدى المسنين والمسنات فوق سن ٦٥ عاماً.
  - وفي واقعنا المصري وجدت دراسة (خالد عبد الفني ١٩٩٨) شيوع مشكلات النوم لدى الراشدين والمسنين؛ حيث بلغ الأرق الخفيف نسبة ٥٥٪، والمتوسط ٤١٪، والشديد ٤,٥٪. في حين وصل الأرق الخفيف إلى ٤٣٪، والمتوسط ٥٤٪، والشديد ٣٪ عند الراشدين (على عينة مكونة من ٣٨٨ منهم ١٤٤ من الذكور، و ١٤٤ من الإناث، وعينة من المسنين بلغت ١٠٠).
- (محمد حسن خانم، ٢٠٠٢، ٦٧ - ٦٨)

### تعريف اضطرابات النوم:

وتقصد بها معاناة الفرد من اضطراب أو أكثر من اضطرابات النوم كما ذكرت في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM IV, 1994)، وأن هذه المعاناة متكررة وتعود إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية.

### تصنيف اضطرابات النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع:

يقع تصنيف اضطرابات النوم في فئة مستقلة تحمل هذا العنوان، وتنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية: -

#### الأول: اضطرابات النوم الأولية Primary Sleep Disorders:

وتنقسم بدورها إلى:

- أ- الأرق الأولي Primary Insomnia.
- ب- اضطراب فرط النوم الأولي Primary Hypersomnia.
- ج- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy.
- د- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس بالتهنئة Related Sleep Disorders ~ Breathing.
- هـ- اضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر.

#### الثاني: اضطرابات النوم الثانوية Parasomnia:

وتشمل بدورها:

- أ- اضطرابات الكوابيس الليلية Nightmare Disorder.
- ب- اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder.
- ج- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep Walking Disorder.
- د- اضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة في مكان آخر.

والقسم الثاني: من اضطرابات النوم: ويضم اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي آخر سواء كانت هذه الاضطرابات في صورة أرق أو فرط نوم.

القسم الثالث: ويضم اضطرابات النوم الأخرى، وهي ترجه إلى حالة عضوية/طبية عامة، سواء كانت فقس صورة أرق، أو فرط نوم، أو اضطراب نوم ثانوي، أو نوع مختلط، أو تلك المرتبطة بتعاطي عقاقير معينة. (DSM IV, 1994).

وفيا يلي وصفاً تفصيلياً للتفصيل في بعض فئات اضطرابات النوم.

### أولاً: اضطرابات النوم الأولية

#### ١- الأرق:

##### تعريفه:

هو حالة عدم إكتفاء كمي أو كفي من النوم تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت، ويعد من أكثر الشكاوى إنتشاراً بين مصابي الأرق، ويميل الأرق إلى ان يكون أكثر شيوعاً عند النساء والأفراد كبار السن والأشخاص المضطربين نفسياً؛ إذ في أوضاع غير مواتية إجتماعياً وإقتصادياً، وعندما تتكرر خبرة الأرق فإنها تؤدي إلى خوف متزايد من عدم النوم وإنشغال بتبعاته؛ مما يخلق دائرة خبيثة تقاوم من مشكلة المرض.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٢ - ٥١٣)



## المحكات التشخيصية لاضطراب الأرق الأولي طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

يشخص الاضطراب الأولي للأرق إذا توافرت المحكات الآتية: -

أ- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول في النوم أو الإستمرار فيه أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل.

ب- يسبب الأرق كريباً Distress، وضغطاً إكلينيكياً جوهرياً أو يؤدي إلى خلل في أداء لفرد (وكفاءته) الإجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى من التفاعل.

د- لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة، واضطراب النوم المرتبط بالتنفس، واضطراب جدول النوم واليقظة، أو اضطرابات النوم الثانوية.

هـ- لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار اضطراب نفسي آخر (خاصة اضطراب الإكتئاب أو اضطرابات القلق العام، أو اضطراب الهذيان كمؤشر للإصابة بأحد الاضطرابات الذهانية).

لا يرجع هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مواد (تعاطي مادة مخدرة) أو (أدوية نفسية) أو أي حالة طبية أخرى.

(DSM IV, 1994)

## المتغيرات التي من الممكن أن تؤثر في الأرق:

تم تحديد مجموعة من المتغيرات يمكن أن تؤثر في الأرق كالآتي:

- زيادة تعاطي الكافيين (مثل القهوة والشاي).
- استخدام المنومات، التحمل الناتج عن إستمرار الإستخدام (أسبوعين أو أكثر).

- التوقف عن أنشطة وقت النوم غير الملائمة (القراءة في السرير، الإنشغال بالإعداد لليوم التالي).
- الأكلات الثقيلة قبل الدخول إلى النوم بوقت قصير.
- الإنشغال (خاصة الإنشغال بفكرة عدم القدرة على النوم كمثال).
- القلق المزمّن خلال النهار.
- التنبهات الحسية غير المتوقعة (الضوضاء - الإضاءة مثلاً).
- المؤشرات ذات الدلالة (صياح طفل مثلاً).
- اضطراب النشاط ودورة الراحة.
- التنبهات الحسية الشديدة (الحرارة أو الرطوبة المرتفعة مثلاً).
- زيادة النوم خلال النهار.
- مشكلات صحية جسمية مزمنة.
- الحاجة المتكررة للتبول.
- الآثار الجانبية لأدوية الأمراض المزمنة.
- مشكلات سيكاترية (الإكتئاب على وجه الخصوص).
- مشكلات التنفس (الإختناق الليلي مثلاً).
- الضغوط النهارية.
- الذعر الليلي.

(ليندساهي، جاهتساهي، ٢٠٠٠، ٦٩٤ - ٦٩٥)

## ب- فرط النوم Hypesommia:

### تعريفه:

هو حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم أو إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم، وغالبًا ما تكون الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية، وكثيرًا ما تكون في الواقع عرضًا لاضطراب وجداني ثنائي القطب (أثناء نوبة الإكتئاب)، أو اضطراب إكتئابي متكرر، أو نوبة إكتئابية. (أحمد عكاشة، ٥١٤، ١٩٩٨)

المعايير التشخيصية لاضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصي

### والإحصائي الرابع:

يشخص هذا الاضطراب وفقاً للمعايير الآتية:

- أ- الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (أو فترات قد تكون أقل أو أكثر طولاً وتكراراً)، ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو ناوبات النوم النهاري التي تحدث يومياً.
- ب- يسبب فرط النوم كريباً إكلينيكياً جوهرياً أو خلافاً في الأداء الإجتماعي أو المهني الوظيفي أو أي مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء.
- ج- لا يتم تفسير اضطراب فرط النوم بواسطة الأرق، ولا يحدث أثناء حدوث أي اضطراب آخر من إضطرابات النوم (مثل: غفوات النوم المفاجئة، اضطراب النوم المرتبطة بالتنفس، اضطراب جدول النوم واليقظة، أو أي نوع من أنواع اضطرابات النوم الثانوية).
- د- لا يحدث الاضطراب أثناء مسار اضطراب نفسي آخر.
- هـ- لا يرجع الاضطراب إلى أي عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية مثل (تعاطي المخدرات) أو تناول أي أدوية نفسية، أو أي حالة طبية عامة.

(DSM IV, 1994)

## ج- اضطراب مواعيد النوم واليقظة Disorder Of The Sleep Wake Schedule:

### التعريف:

يعرف اضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان لل التزامن بين برنامج الفرد في اليوم واليقظة وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد؛ مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم. وقد يكون هذا الاضطراب نفسي المنشأ، أو قد يكون له مصدر عضوي مفترض تبعاً للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية في أحداثه.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٦)

## المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد النوم واليقظة وفق الدليل

### الرابع:

أ- نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن أو متوافق مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليتناسب مع المتطلبات الاجتماعية ولتتناسب مع أغلب الأشخاص في محيط حياة الفرد.

ب- يعاني الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأكبر من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الإستيقاظ، ذلك كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر لفترات أقل من الوقت.

ج- الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما في إنزعاج شديد أو تعارض مع أداء الفرد لمهامه الاجتماعية والمهنية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٧)

## د- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy:

### التعريف:

من الممكن اعتبار هذا النمط من اضطرابات النوم مظهرًا من مظاهر فرط النوم، ويشير هذا الاضطراب إلى زملة من الأعراض تتضمن نوبات فجائية من النوم تتاب الفرد، وتستمر لبضع دقائق (يقدرها البعض بربع ساعة)، ويمكن أن تحدث في أي وقت، وغالبًا ما تكون مسبقة بشحنة إنفعالية قوية.

(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٥٣)

### المحكات التشخيصية لغفوات النوم المفاجئة وفقاً للدليل الرابع:

تشخص غفوات النوم المفاجئة إذا توافرت المحكات الآتية:

أ- نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يومياً على مدى ٣ شهور.

ب- وجود أحد العرضين التاليين أو كليهما:

١- التوقف العضلي Cataplexy (مثل نوبات قصيرة من فقدان المفاجيء للتوتر العضلي في كلا الجانبين، وهي أكثر ارتباطاً مع الإنفعالات الشديدة).

٢- إفتحام متكرر لعناصر حركة العين السريعة تخلل الإنتقال بين النوم واليقظة، كما تتجلى إما بواسطة هلاوس النوم أو شلل النوم في بداية أو نهاية نوبات النوم.

ج- لا يرجع هذا الاضطراب إلى آثار فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة (مخدرة)، أو مواد نفسية (تداوي)، أو أي حالة طبية عامة أخرى.

(DSM IV, 1994)

## هـ- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس:

أ- إنقطاع (تشوش) في النوم يؤدي إلى حرط النوم أو الأرق، ويرجع ذلك إلى حالة التنفس المرتبطة بالنوم (مثل زملة الإختناق الإنسدادي أو الرئيسي أو التنقية الشريانية المنخفضة).

ب- لا يفسر الاضطراب بواسطة اضطراب نفسي آخر، ولا يرجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة (تعاطي مخدر)، أو تعاطي مادة نفسية (التدوي)، أو أي حالة طبية عامة. (DSM IV, 1994)

## ثانياً: اضطرابات النوم الثانوية أو المخلات بالنوم Parasomnia

### تعريفها:

هي اضطرابات تتميز بأحداث سلوكية أو فسيولوجية شاذة تحدث مرتبطة بالنوم سواء كان بمراحل محددة في النوم، أو عند الانتقال من النوم لليقظة.

واضطرابات النوم الثانوية - بعكس الاضطرابات الأولية - لا تشتمل على اضطرابات في الميكانيزمات المسؤولة عن مراحل النوم - اليقظة، أو عن توقيت النوم واليقظة بل هي تمثل تنشيطاً لأنساق فسيولوجية في أوقات غير ملائمة أثناء دورة النوم - اليقظة. وتشمل هذه الاضطرابات - بوجه خاص - تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الحركي، أو العمليات المعرفية أثناء النوم، أو عند الانتقال من النوم لليقظة. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ١٥٨)

وتضم هذه الفئات الاضطرابات الآتية:-

## ١- اضطراب الكوابيس الليلية Nightmare Disorder:

### التعريف:

الكابوس هو خبرة حلم محمل بالقلق ويلين إسترجاع تفصيلي شديد لاحتوى الحلم. وتتضمن عادة هذه الخبرة موضوعات تخص تهديدات البقاء، أو موضوعات مشابهة لها. وأثناء النوبة النموذجية توجد درجة من النشاط العصبي اللا إرادي، ولكن لا توجد أصوات تذكر أو حركة جسمية. وعند الإستيقاظ يصبح الفرد ومهتدياً بسرعة، ويستطيع التواصل مع الآخرين؛ فيعطي عادة تقريراً تفصيلياً لخبرة الحلم، وذلك إما في الفترة التالية على الإستيقاظ مباشرة أو في الصباح التالي. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٥٢١)

### محكات تشخيص اضطراب الكابوس الليلي وفق الدليل الرابع:

- أ- الإستيقاظ من النوم الليلي أو العفوات النهارية بإسترجاع مفصل للأحلام المفزعة، والتي تتضمن عادةً تهديداً للحياة أو الأمان أو إحترام الذات، وقد يحدث الإستيقاظ في أي وقت من فترة النوم. وعندما يكون الكابوس نموذجياً يحدث في النصف الثاني منه.
- ب- ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعاً فور الإستيقاظ من هذا الكابوس المخيف.
- ج- تتسبب الأحلام واضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الإستيقاظ ويكون الفرد فور إستيقاظه في حالة ضيق وتوتر شديدتين.
- د- لا يحدث الكابوس أثناء مسار اضطراب نفسي آخر (الهذيان مثلاً، أو أي اضطراب يمر به الفرد بعد تجربة صادمة)، ولا يرجع ذلك أيضاً إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة (مواد مخدرة)، أو تعاطي مواد نفسية (بهدف العلاج من اضطراب نفسي أو عقلي)، أو أي حالة طبية عامة. (DSM IV, 1994)

## ب- اضطراب فزع النوم Sleep Terror Disorder:

### التعريف:

هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي ينهض الفرد من نومه جالساً أو واقفاً، وذلك أثناء الثلث الأول من النوم الليلي عادة، ويصرخ صرخة رعب، وفي أحيان كثيرة يسرع إلى الباب كما لو كانت محاولة هرب، وإن كان نادراً ما يترك الفرد غرفته، وقد تؤدي محاولات الآخرين التحكم في حدوث الفزع الليلي إلى مزيد من الخوف الشديد، وذلك لأن المريض لا يستجيب عادة لهذه المحاولات. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ص ١٦٠ - ١٦١)

### المحكات التشخيصية لاضطراب الفزع أثناء النوم وفق الدليل الرابع:

حيث تلخص المحكات في:

- ١- المرض الأساسي هو نوبات متكررة من اليقظة من النوم، في الغالب تبدأ بصرخة خوف حادة مع وجود قلق شديد وحركة جسدية وفراط في النشاط العصبي اللاإرادي (مثل: سرعة ضربات القلب، النهجان، تلاحق التنفس، وإسراع حدقة العين مع وجود عرق غزير مصاحب لهذه الحالة).
- ب- هذه النوبات المتكررة من الإستيقاظ المفاجيء من النوم تكون دون تفاعل مع العالم الخارجي، وتستمر عادةً هذه الفترة (من الذهول)، وتتراوح هذه الفترة في الغالب ما بين دقيقة إلى عشر دقائق، وتحدث خلال الثلث الأول من النوم الليلي.
- ج- أن الفرد لا يستجيب لمحاولات الآخرين في السيطرة على الفزع الذي لديه، يلي ذلك فترة تستغرق عدة دقائق من عدم الإهتمام مع صدور حركات نمطية من الفرد.



- د- يكون إسترجاع ما حدث في النوبة محدداً.
- هـ- غياب أي دليل على وجود اضطراب عضوي ولا يرجع ذلك إلى تعاطي الفرد لمادة (تعاطي المخدرات)، أو تعاطي أدوية نفسية (بهدف العلاج)، أو أي حالة طبية عامة.
- و- تسبب النوبات ضغطاً إكلينيكياً جوهرياً أو خلافاً في أداء الفرد لوظائفه سواء أكانت إجتماعية أو مهنية، أو أي مجالات أخرى من التفاعل.
- (DSM IV, 1994)

#### ج- المشي أثناء النوم (Sleep Walking Disorder) (Somnambulism):

##### التعريف:

هو حالة تحدث أثناء النوم ويحدث تبادل الوعي؛ حيث تجتمع فيها ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجوال يقوم الفرد من السرير غالباً أثناء الثلث الأول من النوم الليلي، ويسير متجولاً مبدئياً مستوى منخفض من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية. عادةً ما يترك الجوالون حجرات نومهم أثناء النوم، وأحياناً يتجولون فعلاً خارج بيوتهم، وبالتالي فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة بالإصابة أثناء نوبتهم، ولكنهم في أحيان كثيرة يعودون سريعاً إلى أسرهم إما من تلقاء أنفسهم، أو يقودهم إليها بهدوء شخص آخر، وحين يستيقظون (إما من نوبة التجوال أو في صباح اليوم التالي) عادةً لا يتذكرون أي شيء عن الحدث.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٧ - ٥١٨)

#### المحكات التشخيصية لاضطراب السير أثناء النوم وفق الدليل الرابع:

لابد من توافر المحاكات التشخيصية الآتية:

نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادةً أثناء الثلث الأول من النوم الليلي.

أ- يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحباً وبدون تعبير، ومن الصعب أن يستجيب المريض لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو حتى التحدث معه، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة.

ب- عند الإسيقاط لا يتذكر الفرد شيئاً عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة، أو في الصباح.

ج- عند الإسيقاط تكون هنالك فترة صغيرة من بعض التشوش، وعدم التوجه (أو الإستجابة لتوجيهات الآخرين).

د- غياب أي دليل على وجود اضطراب عقلي عضوي أو جسمي.

هـ- يسبب المشي أثناء النوم ضغطاً إكلينيكياً جوهرياً، وكضاً قصوراً في الأداء الإجتماعي أو المهني أو أي مجالات أخرى للتفاعل.

و- لا يفسر الاضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة نفسية (مواد مخدرة أو مواد نفسية نتيجة العلاج من بعض الاضطرابات النفسية أو الفعلية)، أو أي حالة طبية عامة (DSM IV, 1994)

#### اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى:

يتداخل تشخيص اضطرابات النوم مع العديد من الاضطرابات النفسية والكثير من الأمراض العضوية (خاصة المزمنة)، والمشكلة أن بعض مشكلات النوم قد تكون سبباً في بعض الاضطرابات، وفي بعضها الآخر تكون نتيجة مترتبة عليها.

وسوف نذكر في عجالة سريعة علاقة اضطرابات النوم ببعض الاضطرابات النفسية والفعلية الأخرى.

#### أولاً: القلق واضطرابات النوم:

يعد القلق من العوامل الهامة في حدوث مشكلات النوم، ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق، كما أن بعض الأفكار التي تلح على الفرد بصورة قهرية

سبب آخر لمشكلات النوم وتقطعه ومن الممكن أن يعد نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية؛ فحين نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطاً ومرتاحاً، أو حزيناً قلقاً بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم. (أحمد عبد الخالق، مايسو النبال، ١٩٩٢، ص ص ٤٥ - ٤٦)

وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الإمبريقية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم. فقد وجد - على سبيل المثال - فريد مان وساتلر Freedman & Sattler من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في النوم، ومجموعة ضابطة ليس لديها أي شكاوى (حادة) من النوم؛ حيث كان عدد الأفراد في كل مجموعة (٤٧) فرداً، وجميعهم من الذكور، أو بتطبيق مقياساً للتقدير الذاتي للقلق، وجد أن المجموعة التي تعاني من الأرق قد حصلت على درجة مرتفعة في القلق مقارنة بالمجموعة التي ليس لديها مشكل حادة مع النوم. وهذا في رأينا أمر متوقع؛ لكنه يثبت بصورة عملية طبيعية العلاقة القوية بين المعاناة من القلق والدخول في مشكل أو أكثر من مشاكل النوم. (Freedman & Sattler, 1982, pp. 380 - 390)، كما وجد في دراسة أخرى أن القلق يظهر في صور متعددة. أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم. فقد وجد فريدمان وساتلر (Freedman & Sattler, 1982) ومن خلال دراستهم التي حاولوا رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعاني من الأرق وعينة أخرى لا تعاني من الأرق، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الاضطراب كانت في جانب العينة المضطربة.

(Freedman & Sattler, 1982, pp., 380 - 390)

كما وجد في دراسة أخرى أن القلق يظهر في صور متعددة لحدوث مشكلات النوم، فقد يحدث في بداية النوم أو في خلاله، بل ويقود إلى الفزع الليلي والدخول في الكوابيس، وكلها عوامل ترتبط بالخوف (Brown &

(Black, 1994): حيث توصل شتاين وزملائه إلى أن معاناة الشخص من القلق إنما يقود إلى العديد من مشكلات النوم مثل: صعوبة التنفس والتجوال الليلي والكوابيس المزعجة (Stein et al., 1995). وقد تأكدت هذه النتيجة في دراسة أحمد عبد الخلق، ومايسة النبال (١٩٩٢) من وجود ارتباطات موجبة بين مشكلات النوم وكل من القلق ومظاهره المختلفة، وهو ما توصل إليه خالد عبد الغني (١٩٩٨)، وهو ما أكدته أيضاً (ريتشارد وسوزان) من أن الشخصيات التي تتميز بوجود درجة لديها عالية من القلق يظهر لديها العديد من الاضطرابات سواء اضطرابات الطعام أو النوم (Richard & Susan, 2000, pp 170 - 185). وأن ٥٠% من الذين عانوا من مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم إنما تم ذلك بسبب معاناتهم من القلق (ليندساي، جاهنشامي، ٢٠٠٠، ص ٦٩١).

#### ثانياً: الإكتئاب واضطرابات النوم:

لعل من بين الأسباب النفسية لمشكلات النوم إرتفاع معدلات الإكتئاب؛ حيث يسترجع الفرد أحداث يومه قبل نومة مباشرة ويجسدها بما تحتويه هذه الأحداث من جوانب سارة وأخرى مؤلمة مع التركيز على الأخير لدى مثل هؤلاء الأفراد... ويظل الفرد يفكر فيها بصورة مركزة بحيث تتمكن منه وترتفع مستويات الإكتئاب من الماضي وتزيد معدلات القلق من المستقبل عنده، فإذا نام إسم نومه بالتوتر والتوتر والتقطع والاضطراب وشعر بالتعب، وقد تلازمه أحلام مزعجة تعزق نومه تماماً. (أحمد عبد الخالق، مايسة النبال، ١٩٩٤، ص ٤٥)

وقد ربطت العديد من الدراسات بين الإكتئاب ومشكلات النوم (Wuislin et al., 1994, pp.554) - (556) ذلك لأن مشكلات النوم تعد من أكثر الأعراض شيوعاً في مرضى الإكتئاب، وأن من يتصفح أي اختبار للإكتئاب سوف يجد العديد من البنود التي تعكس معاناة الشخص من مشكلات النوم كمؤشر على الإكتئاب (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٢، ص ٥). ويكون النوم عند

مرضى الإكتئاب متسمًا بالأرق مع كثرة الإستيقاظ أثناء الليل، وأرق في الصباح الباكر (الكسندر بوريلي، ١٩٩٢، ص ١٩٢). وهو ما توصل إليه أحمد عبد الخالق ومايصة النبال (١٩٩٢) من وجود علاقة بين معاناة الشخص من الإكتئاب وبين مشكلات النوم. وأيضاً أيدت ذلك دراسة كرسب وشابيرو، حيث وجدوا من خلال تتبع مشكلات النوم لدى مجموعة من الأفراد يعانون من الإكتئاب أنهم أكثر معاناة من مشكلة أو أكثر من مشكلات النوم مقارنةً بأفراد العينة التي لا تعاني من الإكتئاب بصورة حادة (Crisp & Shapiro, 1993, pp. 45). وقد توصل في البيئة العربية كل من عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم إلى وجود علاقة ما بين الإكتئاب ومشكلات النوم لدى عينة من طلاب الجامعات (Ibrahim & Ibrahim, 1996, p.27). وهو ما ذكره بصورة تفصيلية (ليندساي) في مجمل عرضه للعديد من البحوث والدراسات في التراث الأجنبي والتي أكدت وجود علاقة بين الإكتئاب ومشكلات النوم (ليندساي، ٢٠٠٠، ص ٧٠٨ - ٧١٥).

من الاضطرابات العصبية تقريباً، كما يعد السمة المميزة لكثير من الاضطرابات السلوكية والذهان (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٢٥). ومع تعدد نظريات القلق وتنوعها، اختلفت وجهات نظر علماء النفس إلى القلق إختلافاً بيئياً؛ حيث يركز الباحثون على واحد أو أكثر من المفاهيم المتعددة للقلق، ما بين أنه إنفعال سلبي، وزملة غكينيكية، ومستويات متعددة، لأن القلق يعد من أكثر السمات المزاجية أهمية وتأثيراً في حالة الفرد الجسدية والنفسية والعقلية والسلوكية (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٤: ٣)، كما أن القلق ينقسم إلى حالة state وسمة Trait حيث تشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لاحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وبإختفاء هذه الأحداث تنتهي حالة القلق، أو تتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر Threat، والتي يدركها الفرد متضمنة في الموقف. أما سمة القلق فتشير إلى أساليب إستجابة ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد وبعبارة أخرى تميز سمة

القلق واستعداد طبيعى واتجاه سلوكي يجعل الفرد قلقاً. (سميحة عبد الفتاح إسماعيل، ١٩٩٤: ٥٠). كما أن للقلق أنواع عدة، فهناك قلق الإمتحان Test Anxiety، وقلق الجنس Sex Anxiety والقلق الإجتماعي وقلق الموت (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٢١ - ٢٤). وقد وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين المعاناة من القلق (بصفة عامة) وبين اضطرابات النوم مثل زيادة فترة اليقظة بصفة عامة والمعاناة من الفزع الليلي والكوابيس وتوقف التنفس وغيرها من الاضطرابات. (Brown, et al, 1994)، (Crisp & Shapiro, 1993:46)، (Arriaga, et al, 1996).

### ثالثاً، الإكتئاب العصبي واضطرابات النوم:

والإكتئاب هو اضطراب مزاجي، يفصح عن نفسه من مجموعة من الزملة الإكتئابية Depressive Syndrome بعضها عضوي، والبعض الآخر ذهني ومزاجي، وبعضها الثالث الإجتماعي وهي تشتمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة، والتي تساعد في النهاية في تشخيص السلوك بالإكتئاب (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٢١)، وتوجد علاقة بين الإكتئاب والانتحار، بل إن اللذين يعانون من الإكتئاب يتزايد لديهم الإستهداف للانتحار وفقدان الأمل واليأس (Rich, A. et al, 1992: 364 - 373)، (Rudd, M. M, 1990: 16).

والإكتئاب خبرة وجدانية شخصية تتسم أعراضها بالتشاؤم، وفقدان الإهتمام، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، ومشاعر الذنب والألم، وفقدان الشهية، وحدث اضطرابات في النوم، وبطء الإستجابة. (Corsini Encycl Opedia, 2001:441)

يصنف الإكتئاب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ضمن الاضطرابات المزاجية Mood Disorders، والتي تنقسم بدورها إلى أربعة أقسام، وكل قسم من تلك الأقسام يتفرع إلى فئات أخرى تتضمن أنماطاً من حالات الإكتئاب كما يلي:

#### ١- النوبة المزاجية وتنقسم إلى:-

- نوبة الإكتئاب الرئيسي Major Depressive Episode
- نوبة الهوس Manic Episode
- نوبة مختلطة Mixed Episode

#### ٢- الاضطرابات الإكتئابية وتنقسم إلى:-

- اضطراب الإكتئاب الرئيسي Major Depressive Disorder
- اضطرابات اليأس Dysthymic Disorder
- اضطراب إكتئابي غير محدد Depressive Disorder Not Specified

#### ٣- اضطرابات ثنائية القطب وتنقسم إلى:-

- اضطرابات ثنائية القطب الفئة الأولى Bipolar I disorder
- اضطرابات ثنائية القطب الفئة الثانية Bipolar II Disorder
- الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder

#### ٤- اضطرابات مزاجية أخرى مثل:-

- اضطراب مزاجي يرجع لأسباب طبية عامة Other mood disorder

(APA, 1994)

وهناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الإكتئاب مثل المنعنى

التحليلي والمنعنى البيولوجي والتفسير المعرفي (Myers, 1995: 518 519)

(Pinnington, et al, 1999: 170.171)

وتوجد علاقة بين اضطرابات النوم والإكتئاب؛ حيث تعد اضطرابات

النوم من أكثر الأعراض شيوعاً في الإكتئاب، حيث يعاني الفرد من الأرق

الشديد والذي يحيل حياته إلى مزيج من المعاناة والألم، ولعل هذه الاضطرابات

تزيد حالة المكتئب إكتئاباً ذلك لأنه قد يظل أرقاً والناس حوله ينامون.

(الكسندر بوريلي، ١٩٩٢: ٢١٩)

### رابعاً: اضطرابات النوم لدى مرضى الوسواس القهري في الدراسات السابقة:

يعد اضطرابات الوسواس القهري من الاضطرابات العصبية، وإن كان أقلها شيوعاً. وعلى الرغم من ذلك يعد مصدراً أساسياً لكل من القلق والإكتئاب والمخاوف، وهو بالتالي يؤثر في حسن توافق الفرد (توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠: ٦٤). وإن كانت الدراسات التي حاولت معرفة نسب إنتشاره في العالم العربي ومصر ما زالت جد قليلة ومتفرقة. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ١٠٩ - ١١٠)

كما يجب التفرقة بين عصاب الوسواس القهري وبين الشخصية الوسواسية حيث تتبدى مظاهرها في عديد من السمات (سيلفيا، ب. د، ٢٠٠٠: ٥٩ - ٦٠). وقد اختلفت النسب الإحصائية المقدمة لدى إنتشاره ما بين ١,٠٥% من الجمهور العام وصولاً إلى ٢,٦% (حسن مصطفى عيد المعطي، ١٩٩٨: ٩٠ - ٩٦)، ولكن لا بد من التعامل مع هذه الأرقام بحذره، وتتعدد العريفات التي قدمت لمفهوم الوسواس القهري (Obsessive Compulsive).

إلا أننا نستطيع رصد أهم ملامحه في:

- وجود أفكار أو إندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية دورية غريبة وشاذة.
  - معرفة الشخص بتفاهة مثل هذه الأفكار ولا معقوليتها وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام.
  - محاولات الشخص المستمرة مقاومة مثل هذه الأفكار وعدم الإستسلام لها بسهولة، ولكن مع الإلحاح يستسلم أملاً في الخلاص منه.
  - إحساس الشخص بسيطرة مثل هذه الأفكار أو الأفعال وقوتها القهرية عليه مما يترتب على ذلك إهدار طاقاته وحبوث (تفسخ) في علاقاته الإجتماعية.
- (Richard, Kim, W, et al, 1993: 37 - 44) (P.H & Susan, K, 2000: 185 - 186)
- (توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠: ٦٧)، (سيلفياد، ٢٠٠٠: ٦٠ - ٦١)، (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٠)، (صفوت فرج، ١٩٩٩، ١٩١ - ٢٢٤)



وعموماً فإن الدراسات التي أجريت على فئة الواسواس القهري قليلة في المجال العربي إذ حاولت بعض الدراسات دراسة طبيعة التفكير التجريدي لدى العصائيين القهريين (محمد سامي هنا، ١٩٦٤)، ودراسة الفروق بين الذكور والإناث (أحمد عبد الخالق/ عبد الغفار الدماطي، ١٩٩٥، ١، ١٨) ودراسة حالات لمرضى الواسواس القهري من خلال الإستجابة على إختبار تفهم الموضوع (عادل خضر، ٢٠٠٠: ٧٨ - ١٣٩). (صفوت فرج، ١٩٩٩، ١٩١ - ٢٢٤)، (سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢، ٢٠٧ - ٢٤٧)

ويصنف اضطراب الواسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للطب النفسي ضمن اضطرابات القلق ويأخذ الصور الآتية:

- اضطرابات الشخصية الوسواسية وهو نمط مستمر ومداوم للشخصية يتميز بنزوع متطرف نحو الكمال والمظام المفرط، وعدم القدرة على الحلول الوسطى مع شعور مبالغ فيه بالمسؤولية.

- إن هذه الأفكار أو الأفعال تمكنا من إمكانية تصنيف الشخص في فئة قهرية وسواسية معينة (أفعال تأخذ صورة المراجعة والفحص والتدقيق/ فئة لديها أفعال النظافة والإغتسال.... إلخ). (APA, 1994)

ومن الجدير بالذكر أنه حتى عام ١٩٧٠ لم تكن هناك مقاييس متاحة للتعرف على ملامح الواسواس القهري، ولكن بعد ذلك توالى المقاييس السيكمومترية سواء في البيئة الأجنبية أو البيئة العربية (أحمد عبد الخالق، أحمد الدماطي، ١٩٩٥).

ومن الجدير بالذكر أن القليل من الدراسات قد تناولت اضطرابات النوم لدى فئة الواسواس القهري، ومن هذه الدراسات دراسة (أحمد عبد الخالق، مایسة النیال، ١٩٩٢) حيث توصلوا إلى أن فئة الواسواس القهري تعاني من اضطرابات النوم، ٢٣ - ٤٩، ودراسة

(Okasha, A. et al, 1984: 143 - 147).

مع العلم أن الدراسات قد وجدت تداخلا ما بين القلق والمخاوف الإكتئابية والوسواس القهري، وأن ما يجمع مثل هذه الاضطرابات أنها تمثل تجمعاً أو تكتلاً واحداً (أحمد عبد الخالق ومايسة النبال، ١٩٩٠: ٥٤٥ - ٥٧٥).

#### خامساً: اضطرابات النوم لدى مرضى المخاوف:

يعتقد كثير من علماء النفس أن المخاوف مكتسبة، وأن ما يتصل بها من حالات القلق يشكل جزءاً كبيراً من الدوافع البشرية، وأن ما يحول دون الفرد والحياة السعيدة هو الخوف (وفاء مسعود، ٢٠٠١: ٦٤).

وقد وصف وكسلر وزملاؤه المخاوف بأنها المرض الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية. فعلى سبيل المثال يعاني في أي عام ١٧٪ من الناس من شكل واحد على الأقل من أشكال المخاوف، بل ويتلقى واحداً من كل أربعة من أولئك الناس علاجاً لتلك المشكلة (Kessler et al, 1994).

وعديد من التعريفات قدمت للمخاوف المرضية إلا أننا سنكتفي بإيراد تعريفين:

الأول: حيث يرى أحمد عكاشة (١٩٩٨) أن إستجابة الخوف هي حيلة دفاعية لا شعورية يحاول المريض أشتاءها عزل القلق الناشيء من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي. ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه ورغم ذلك يتحاشاه (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٩٢ - ٩٣).

الثاني: يعرف الدليل الأمريكي الإحصائي الرابع المخاوف المرضية كالآتي:

- ١- حالة خوق شديد ومستمر بلا مبرر واضح، إزاء شيء أو موقف ما أو مكان ما أو توقعه.

- ٢- أن التعرض لمثير المخاوف يسبب حالة من القلق التلقائي والذي من الممكن أن يكون مصحوباً أو مسبباً لحالة من الرعب.
- ٣- أن الشخص الذي يعاني من المخاوف يعني أن خوفه غير ملائم للموقف ولا مبرر له.

- ٤- يتجنب الشخص الموقف المثير لمخاوفه وإلا فإنه يتعرض لقلق شديد.
- ٥- أن التجنب أو التوقع أو التعرض للموقف المثير للخوف يعيق بشكل دال نظام حياة الشخص في كافة مناشطه العملية أو الشخصية أو الاجتماعية.

- ٦- ينبغي أن تكون المخاوف المرضية غير ناتجة عن زملة مرضية أخرى تقسر هذا الحوف (الوسواس القهري مثلاً). (A.P.A, 1994: 199)

كما أن المخاوف المرضية كثيرة قد تصل في عددها إلى أكثر من خمسين نوعاً، ومن أمثلتها: الخوف من الأماكن العالية، الخوف من الأماكن المفتوحة، الحوف من الرعد، من الأماكن المغلقة، وفوبيا النوم... إلخ.

(عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٠: ١٢٥)، (ليندساي، ٢٠٠٠: ١٧٠ - ١٧٩)

ولعل المرض الشائع في كافة المخاوف المرضية هو التجنب ودخول الشخص الخائف في نوبات فزع، حيث حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ضرورة معاناة الشخص من عدة أعراض مثل: الوحدة/ الشعور بالإختناق/ الآلام الصدر أو عدم الإرتياح/ الغثيان أو عدم إستقرار المعدة/ الشعور بالدوخة... إلخ (A.P.A, DSM IV, 1994, p: 395)

كما أن هناك علاقة بين العمر، وكذا النوع وبين نوع المخاوف (نيفين زيور، ١٩٩٠: ٢٢ - ٢٧) (عبد المنعم طلعت عباس، ١٩٩٢)

(Dimberg, V, et al, 1998, 75:80)

كما أن الكثير من النظريات قد حاولت تفسير المخاوف منها نظرية التحليل النفسي التقليدية لفرويد، والذي يرى أن أساس الخوف هو خبرات الطفولة والتي ينشأ نتيجة غياب مصدر إشباع الإحتياجات، الخوف من فقدان الحب، الخوف من الخضاء والخجل الشديد والتعاسة المرتبطة بالموقف الأوديبى، والخوف نتيجة لمشاعر الذنب، وأن القلق شيئاً ضرورياً للشخص الخائف (وفاء مسعود، ٢٠٠١: ٦٦ - ٦٧)، وفي حين ترى المدرسة السلوكية أن الخوف هو إستجابة ترجع إلى التعلم الشرطي، كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة (المثير الأصلي للخوف)، وإرتبطت بمثير شرطي حيث تنتقل إستجابة الخوف من المثير الأصلي الذي سبب الخوف إلى مثير يكون قد إقترن به شرطياً. (أمينة مختار، ١٩٨٠: ٢٥ - ٣١)، (عبد الله جاد، ١٩٩١: ٥٩ - ٦٦)

في حين ترى المدرسة المعرفية وياندورا ونظرية التعلم الإجتماعي - تحديداً - اتعلم الإجتماعي عملية حيث أوضح أن عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها (Bandora, 1969) وقد توسعت نظريات التعلم المعرفي في التوصل إلى حقيقة أن الأفراد لا يتعلمون من خلال القواعد التشريعية بل من خلال إدراكات وتفسيرات الحوادث والخبرات والمواقف التي يمر بها الأشخاص والعلاقة بين المخاوف واضطرابات النوم علاقة إرتباطية Brown, et al, 1994 - على سبيل المثال - علاقة بين اضطرابات النوم والمخاوف المرضية، وكذلك دراسة Stein, et al, 1995.

### أسباب اضطرابات النوم:

وتنقسم هذه الأسباب إلى:

- أ - مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة، بعضها خاص بالفرد مثل: الإكثار من تعاطي العقاقير المنبهة، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كالآلام الأسنان، تعاطي أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة كأدوية الحساسية (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٦٦)، وبعض هذه

العوامل الخارجية مثل: الضوضاء، تغيير في المناخ، الانتقال من العمل النهاري إلى العمل الليلي، وما يترتب على التقاعد من إختلال في دورة اليقظة - النوم (ديتريك لانجين، ١٩٨٤، ص ٦١).

ب- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة: وتنقسم بدورها إلى مجموعتين من الأسباب:

١- مجموعة الأسباب التي يعد اضطراب النوم ثانوياً لها مثل إصابة الفرد بالأمراض العضوية، أو النفسية والعقلية (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ص ص ١٦٦ - ١٦٧).

٢- مجموعة الأسباب المخلّة بالنوم: حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية حدوث مشكلات في النوم. ومن هذه النظريات:

ج- النظرية النيورونية للنوم: ويذهب أنصار هذه النظرية إلى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب إتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية للمخ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم، وإذا إنحصرت تالشي النوم (سامي عبد القوي، ١٩٩١، ص ٢١٢: السي أبو شعيشع، ١٩٩٣، ص ص ٢٩٦ - ٢٩٨؛ Empson, 1993, p. 187). وينشأ الخلاف بين رأيين، يرى أصحاب الرأي الأول أنه ليس هناك مراكز خاصة بالنوم في المخ لأن الكف والنوم واقع يطرأ على كل خلية؛ ولذا لا حاجة لوجود خلايا لهذا الغرض (Empson, 1993, p. 187). في حين تؤكد وجهة نظر أخرى على وجود خلايا خاصة في المخ، ووظيفتها إحداث النوم بل ويحددون أماكن هذه المراكز وتحديداً فوق منطقة تقاطع عصبي البصر في الجزء الأمامي للhippocampus (تحت المهاد). وهذه المراكز مسئولة عن إيقاع دورة النوم - اليقظة.

(Guyton, 1996, pp. 763 - 768)

د- النظرية الأيضية للنوم: وتنهض هذه النظرية على أن المخ في فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى الحامل الحاث للنوم - S - ، وهذه المادة تتجمع في السائل المخي المخاعي وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم، وأن دورية التجمع والتخلص من هذا العام تقود إلى دورية النوم واليقظة (خالد عبد الغني، ١٩٩٨، ص١٢). ووفقاً لهذه الماد ودرجة تركيزها من عدمه تكون أنماط النوم Sleep Patterns، والتي تنقسم بدورها إلى نوم أرثوذكسي يتميز بالتمتع وإرتفاع نشاط موجات دلتا، أو النوم النقيضي حيث السطحية وإنخفاض نشاط موجات دلتا وحدوث الأحلام (Harding, 1982, pp.290 - 292; Shapiro & Flanigan, 1998, p.5)

هـ- الأسباب النفسية والاجتماعية: حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها: الضغوط النفسية والاجتماعية، سوء تنظيم إيقاع النوم - اليقظة، العادات السيئة في الطعام والشراب، زيادة الوزن والسمنة. (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ص١٦٩ - ١٧٠)

وهكذا تتعدد العوامل التي من الممكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم ما بين عوامل نيورنية عصبية، وعوامل أيضية - كيميائية، وعوامل نفسية - اجتماعية.







## المرأة واضطرابات الأكل

### محتويات الفصل

- وبائيات اضطراب الأكل.
- تعريف اضطراب الأكل.
- تصنيف اضطرابات الأكل.
- أ- فقدان الشهية العصبي: التعريف - محركات التشخيص.
- ب- الشره العصبي: التعريف - محركات التشخيص.
- العلاقة بين اضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى.
- أسباب اضطرابات الأكل.
- علاج اضطرابات الأكل.



## الفصل التاسع

### المرأة واضطرابات الأكل

#### اضطرابات الأكل

#### Eating Disorders

##### مقدمة:

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، وقد يُمَا كان تصنيف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكلوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع DSM III R 1987، وأعقبه الدليل الرابع لعام 1995 ووضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل، وهذه الاضطرابات تتميز باختلال كبير في سلوك تناول الطعام.(زينب شقير، ٢٠٠٤، ص٢١)

##### وبائيات اضطراب الطعام:

سوف يقتصر تناولنا في هذا اضطرابات الطعام على نوعين:

أ- فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

ب- الشره العصبي Bulimia Nervosa

##### وبائيات فقدان الشهية العصبي:

تتعدد نتائج الدراسات الخاصة بهذا الجانب لكن نستطيع رصد النتائج الآتية: -

- يقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي بين ١٠٪، و٥٠٪ وأنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية، ويقدر

نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل إلى ١٥٪ على الأقل من وزنهم الأصلي. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ٣٢ - ٣٣)

• في دراسة قامت بها زينب شقير عام ١٩٩٨ من خلال عينة قوامها ٦٢٥ طالب وطالبة من جامعة طنطا، توصلت نتائجها إلى أن النسبة المئوية لإنتشار فقدان الشهية تصل إلى (٨,٨٢٪) لدى الذكور، بينما كان (١٥,٤٥٪) لدى الإناث، وهذا يؤكد تزايد هذه الظاهرة بين شبابتنا. (زينب شقير، ٢٠٠٤، ص ٤٥) وخاصة من الإناث.

• أن فقدان الشهية العصبي هو أكثر شيوعاً لدى المراهقات ذوات الخلفية الاقتصادية الإجتماعية المرتفعة، وعلى الرغم من أن ٩٠ - ٩٥٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبي من الإناث؛ إلا أن الرجال تنمو لديهم تلك الحالة أحياناً.

• تتباين التقسيمات المعاصرة لهذا الاضطراب، ولكن ما يقرب من ١٪ من المراهقات يتأثرن بالاضطراب، وقد يكون مسار الاضطراب مزمنًا، ولذا فإن ٥٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبي، يجوعون حتى الموت.

(جين وأرول، ٢٠٠٠، ص ٥٩٥ - ٦١٨)

#### وبائيات الشره العصبي:

- تبدأ الشره العصبية في المراهقة عادةً.
- تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور.
- أن البدانة في المراهقة يمكن أن تهيئ الشخص وتجعله مستعداً للدخول في اضطراب الشره في مرحلة الرشد وما بعدها.

(DSM IV, 1994, pp. 545 - 550)

- في حين قدرته بعض الدراسات الأخرى بنسبة إنتشاره بين النساء أكثر من الرجال (بنسبة ١ إلى ٣٪ تقريباً)، وإن كان نادراً ما يظهر بأعراضه الواضحة لدى الرجال.

(Walson, 1993)

- في حين ذكرت دراسات مسحية لاضطراب الشره العصبي الآتي: -
- معدل الإصابة بهذا الاضطراب غير معروفة بدقة لأنه مشكلة سرية أساساً.
- ربما كان حوالي ٢٪ من السكان في عمر الدراسة الجامعية لديهم الاضطراب.
- يبدأ الاضطراب في نهاية العقد الثاني من العمر.
- وهو لدى النساء أكثر شيوعاً من الرجال.
- قد يظهر الشره العصبي (كمرض أو اضطراب في حد ذاته)، وقد يرفقه العديد من الاضطرابات الأخرى مثل (الإكتئاب أو إدمان الكحوليات).
- يقرر بعض المصابين بفقدان الشهية العصبي أنهم ليس لديهم شهية للأكل، ولكننا نجد لدى بعضهم نويات من الأكل المفرط، ويقرر ٦٩٪ منهم وجود حفزات قوية لديهم تدفعهم لأن يأكلوا، وأن ٥٠٪ من هافدي الشهية العصبيين لديهم نويات من الأكل الصاخب.

(أولتمانز وآخرون، ٢٠٠٠، ص ٣٦٣)

- وفي مصر قامت زينب شقير بدراسة الشره العصبي لدى طلاب جامعة طنطا عام ١٩٩٨، وكانت نسبة إنتشاره لدى الإناث ١٠٪ و ٧,٠٦٪ لدى الذكور. وتعد هذه النسبة مرتفعة إلى حد ما. (زينب شقير، ٢٠٠٤، ص ٣٩)

### تعريف اضطرابات الأكل:

هي إختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الإنتظام في تناول الوجبات ما بين الإمتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في

غير مواعيده، ويكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، أو الذي قد يصحبه محاولة الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم.

(زينب شقير، ٢٠٠٤، ص ٢١)

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV للأمراض النفسية والعقلية متضمنًا اضطرابات الأكل في موضوعين:-

أولاً: اضطرابات تشخص لأول مرة عادة في المهد أو الطفولة المبكرة: وتضم ٣ فئات فرعية هي:-

أ- إشتهاء أطعمة شاذة Pica

ب- اضطراب الإجتراح Rumination Disorder

ج- اضطراب الطعام Feeding Disorder

ثانيًا: اضطرابات الأكل التي تشيع أكثر فيما بعد مرحلة الطفولة: وتضم فئتين اضطرابيتين هما:-

أ- فقدان الشهية العصبي.

ب- زيادة الشهية العصبي.

وسوف يقتصر حديثنا في هذا الفصل على الفئتين (فقدان الشهية) و (زيادة الشهية) للأسباب الآتية:-

١- أنهما من أكثر الاضطرابات شيوعاً في فئة اضطرابات الأكل.

٢- إجراء العديد من الدراسات حول هذين النوعين من الاضطرابات.

٣- إمكانية تحديد (معايير) معينة يتم من خلالها التشخيص.

٤- وجود العديد من الإجهادات العلاجية لهذين النوعين (تحديدًا) من اضطرابات الأكل.

## أولاً: اضطراب فقدان الشهية العصبي:

### تعريفه:

هو اضطراب يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه أو تحافظ عليه المريضة نفسها، أو يحدث المرض غالباً في الفتيات المراهقات والشابات من النساء، ولكن قد يصاب به الفتان المراهقين والشباب، ولكن بدرجة أكثر حذره، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سنًا حتى سن إنقطاع الدورة الشهرية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥٠٥)

أي أن فقدان الشهية العصبي هو عدم إنتظام في تناول الطعام غالباً ما يبدو في شكل (رغبة دائمة في الجوع)، وهو يوجد بشكل أو بآخر لدى الفتيات في سن المراهقة، ويترتب على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها النقص (أو الفقد) المستمر في الوزن وشكل الجسم، والعديد من المظاهر الأخرى (الفسيولوجية) التي تترتب على إستمرار حالة الجوع (مثل إنخفاض درجة حرارة الجسم، غنخفاض سرعة دقات القلب.... إلخ) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر. (Kaplan.H & sadock.B., 1996)

### أنواع فقدان الشهية العصبي:

يجب أن نفرق بين نوعين هما: -

#### ١- فقدان الشهية العضوي:

ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلي للشهية ويكون نتيجة لأسباب عضوية جسيمة في المقام الأول، كما يعد مصاحباً لعدد من الأمراض والاضطرابات، وبعد عرضاً شائعاً مشتركاً في بعض الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة، سرطان المعدة، القولون)، كما تحدث بشكل تقليدي في حالتي التهاب الكبد الوبائي المعدي، وفي اضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص

إفراز الغدة الدرقية، أو غنخفاض وظائف الغدة النخامية). كما أن فقدان الشهية العضوي قد يكون من بين أعراض مرض السكر، أو أورام المخ وغيرها (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥٠٧)

### فقدان الشهية العصبي:

ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه إنخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحياناً بالتجوع الذاتي للمرضي Abnormal self - starvation وهو أحد اضطرابات الأكل. ولذلك يمكن أن نجل اضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل:-

- ١- الشهية.
  - ب- سلوك الأكل.
  - ج- صورة الجسم. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ٢٢ - ٢٣)
- معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل الرابع:-
- ١- رفض الإحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوقه ذلك المعدل الذي يجب أن يتناسب مع عمر وطول الشخص.
  - ٢- خوف عميق ومثقل في النفس من أن يصبح الشخص بديناً حتى وإن بدا جسده في معدل الوزن الطبيعي.
  - ٣- اضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله، بحيث يرى الفرد نفسه على أنه بدين، حتى عندما يكون أقل من الوزن الطبيعي، مع إنكار واضح في إدراك مدى خطورة الوزن المنخفض للجسم على وظائف الجسم.
  - ٤- يحدث لدى الإناث - على الأقل - إنقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل. (MSM IV, 1994)



بيد أنه قد ورد في العديد من مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي العديد من المحركات الأخرى التي توضح محركات التشخيص أو تزيدها وضوحاً مثل:-

- ١- فقد الوزن: ويحدث نتيجة للإنخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضاءه بوظائفه، ويفقد الفرد على الأقل ١٠٪ من وزنه السابق.
- ٢- إنقطاع الحيض: في حالة النساء ولدة ثلاثة أشهر متواصل على الأقل ويشترط أن تكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك.
- ٣- عدم ظهور مؤشرات لاضطرابات أخرى تعد سبباً أساسياً لفقدان الشهية (خصائص أعراض الفصام، الإكتئاب الجسيم، أو بعض الأمراض العضوية). (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ٤٢ - ٤٣)

#### أهم أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي:

ذكرت العديد من المراجع في هذا الصدد أ اضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر في الأعراض الآتية:-

- ١- إنخفاض الوزن.
- ٢- اضطرابات المعدة (تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالانتفاخ ... إلخ).
- ٣- الإستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم.
- ٤- الجفاف (للجلد والخلق).
- ٥- حدوث زرقان في الأطراف.
- ٦- نوبات من الصرع.
- ٧- السرقة.

- ٨- الدخول في حفلات الأكل (ثم الرغبة في التقيؤ العمدي أو أخذ ملينات حتى لا يبقى الطعام في معدته أو يستفيد منها الجسم).
- ٩- التدقيق في إختيار أنواع معينة من الطعام (غالبًا ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة).
- ١٠- القيام (أو إجبار الشخص لنفسه) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبةً منه في (حرق) الدهون التي (يدرك) أنها (متراكمة) في أماكن كثير بالجسم.
- ١١- التحديق في المرأة بهدف الإطمئنان على أنه لم (يزد) وزنه بالصورة الملفتة للنظر - حتى وإن كان الأمر على غير ذلك).
- ١٢- تناقص الإهتمام بالجنس، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة نهائيًا.
- ١٣- حدوث تغيرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان.
- ١٤- أن غالبية (مضمون الأحلام) تدور حول (الجسد البدين) وأنه (لا شعوريًا) يرغب في أن يكون جسده (في المعدل الطبيعي) - حتى وإن كان الأمر على عكس ذلك).

(Eagles. et. Al, 1990, 119 - 123)

## ثانيًا: الشره العصبي:

### تعريفه:

هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وإنشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمرضى إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه قيء أو إستخدام المليينات، ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع اضطراب فقدان الشهية العصبي بما فيها الإهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم، ويعرف الأكل الشره Binge eating بأنه أكل كمية كبيرة من

الطعام تفوق بكثير ما إعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهه وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٠٢)

#### المحكات التشخيصية للشهر العصبي وفق الدليل الرابع:

أ- نوبات تظهر بين الحين والآخر من الإفراط في الأكل (حفلات إغتراف الأكل) وتتصف بالمظاهر الآتية: -

- الأكل في فترات غير مترابطة من الوقت (تقدر بساعتين من الوقت)، وتناول كمية من الطعام تكون في الغالب (بل من المؤكد) أكبر من أي كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا إستغرقوا الوقت أو نفس الظروف في تناول الطعام.
- ظهور سلوك تعويض غير مناسب بفرض منع زيادة الوزن مثل: التقيؤ المتعمد، إستعمال المليينات، إستعمال أدوية مدرة للبول، وغيرها من الأدوية، إضافة إلى الصوم، الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية ويعنف.
- تظهر نوبات إغتراف الطعام، والسلوك التعويضي غير المناسب على الأقل مرتين خلال الأسبوع الواحد ولمدة ثلاثة أشهر.
- التقييم الذاتي يتأثر بشكل غير مبرر بوزن وشكل الجسم.
- لا يظهر الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي.

#### نمط النمط:

- نمط القيء: يزاول الفرد ويشكل منتظم التقيؤ المتعمد، أو سوء إستعمال المليينات، أو تناول الأدوية المدرة للبول.

- نمط دون قبي: حيث يزاول الشخص أنواعاً من السلوك التعويضي من قبيل: الصيام، الرياضة العنيفة، ولكنه يزاول التقىؤ المتعمد أو يسيء إستعمال المليينات أو الأدوية المدرة للبول (DSM IV, 1994)

أي أن الشره العصبي يتسم على الأقل بثلاث خصائص إكلينيكية هي:

- ١- الإفراط في الأكل والشرب (أي تناول الطعام وبكميات كبيرة وفي وقت أقل مقارنةً بغيره من الأفراد).
  - ٢- محاولة الرجوع المنتظم إلى إتباع طرق للتأثير على الوزن والشكل مثل: تعمد القىء أو إستخدام المليينات، أو الصوم، أو ممارسة الرياضة المتطرفة.
  - ٣- التقييم الذاتي والذي يتأثر بشكل غير مبرر بشكل وزن الجسم.
- (نبريس ويلسوم، كاتلين بابك، ٢٠٠٢، ص ٦٦٢)

أنواع الشره العصبي: وينقسم إلى:-

النوع الشره: أثناء حالات الشره قد يرغم الشخص المضطرب نفسه على التقىء، أو يفرط في إساءة إستخدام المليينات.

النوع غير الشره: حيث يبالغ في السلوك التعويضي من قبيل اللجوء إلى الإمتناع عن تناول الطعام لفترات (الصيام)، أو يجبر نفسه على ممارسة الرياضة العنيفة.

مظاهر أعراض الشره العصبي:

نستطيع تلخيص هذه المظاهر والأعراض التي تتباين وفقاً لما يلي:-

- ١- الوقت الذي قضته المريضة التي تعاني من هذا الاضطراب من معاناة الشره (إزمان المرض).
- ٢- قدرة الجسم على تحمل الخلل أو إنعدام التوازن الكيميائي فيه.

- ٣- تكرار وانتظام عملية الشراهة والتقيؤ.
- ٤- نوعية الطعام الذي يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيؤ.
- ٥- الإنشغال الدائم والتفكير المستمر (الذي يقترب من القهر) في الأكل، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام.
- ٦- تكرار نوبات إلتهام الأكل بشراهة.
- ٧- الأكل على فترات متقطعة من الوقت (مثلا خلال ساعتين) على تناول كمية من الطعام قطعاً تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف.
- ٨- الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة.
- ٩- محاولات من الشخص في التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية: -
  - تعمد القيء.
  - سوء إستخدام المليينات.
  - سوء إستخدام مدرات البول.
  - الصيام.
  - التمرينات الرياضية المفرطة.
- ١٠- بعض مرضى الشره يكونوا ضمن معدل الوزن الطبيعي، والبعض الآخر قد يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.
- ١١- يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.
- ١٢- إنقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم إنتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر. (زينب شقير، ٢٠٠٤، ص: ٤٠ - ٤١)

## العلاقة بين اضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى: —

تتداخل العديد من محركات التشخيص في اضطرابات الأكل (خاصةً اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي) على العديد من الاضطرابات الأخرى مثل: -

### أولاً: اضطرابات الطعام والاضطراب الوجداني:

أحياناً ما تتداخل محركات تشخيص اضطراب الطعام مع محركات تشخيص الاضطراب الوجداني Affective Disorder وبخاصةً الإكتئاب؛ حيث أثبتت العديد من الدراسات والملاحظات ارتباط (فقدان الشهية العصبي كمثال) مع اضطراب الإكتئاب من خلال الملاحظات الآتية: -

- ١- كثير من مرضى فقدان الشهية يكشفون عن أعراض إكتئابية.
  - ٢- كثير من مرضى فقدان الشهية يظهرون أعراضاً إكتئابية عند تتبع حالاتهم.
  - ٣- يحدث الإكتئاب بتكرار أكبر من المتوقع في أعضاء أسرة مريض فقدان الشهية العصبي وبخاصةً الأم.
  - ٤- كثير من مرضى فقدان الشهية العصبي يستجيبون للعقارات المضادة للإكتئاب.
  - ٥- هناك ملامح كثيرة مشتركة بين مرضى فقدان الشهية العصبي والإكتئاب مثل: اضطراب النوم، فقد الوزن، تناقص الدافع الجنسي، توقف الحيض لدى الإناث، الاضطراب المعرفي، إنخفاض تقدير الذات.
- (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ١٠٣)

في حين أظهرت بعض الدراسات التي تناولت الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشره وجود علاقة تشخيصية ما بين الشره العصبي واضطراب

المزاج الدوري (إكتئاب - هوس)، وكذا الإكتئاب الجسيم، أو المعاناة من اضطراب أو أكثر من اضطرابات القلق (خاصة حفلات إغتراف الطعام، تناول كميات أكبر من المعتاد... إلخ)؛ وأن اللجوء إلى تناول الطعام بهذه الدرجة من الشره قد يعكس إحساساً بالرغبة في الشعور بالأمان، أو قد يعكس - على المستوى اللاشعوري - رغبة في الإنتقام والتدمير للذات. (Wilson, 1993)

### ثانياً: اضطرابات الطعام وعلاقتها باضطراب الوسواس القهري:

العلاقة ما بين فقدان الشهية والوسواس القهري واضحة من خلال سيطرة فكرة معينة على عقل المريض تسيطر على كثير من سلوكه (إنقاص الوزن)؛ فيحاول المريض أن يزيد من مخافته فيدخل الدائرة المغلقة الآتية: -

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيب بالمريض أن ينقص من وزنه.
- تأكيد المريض من تفاهة هذه الفكرة.
- عدم القدرة على التخلص من إستحواذ الفكرة عليه.
- شعور بالقلق الشديد إذا لم ينفذ ما تأمر به الفكرة.
- الإنصياع لهذه الفكرة طوعاً أو كرهاً.
- مزيد من السيطرة على الفكرة ومزيد من إنقاص الوزن.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ١٠٨)

أما عن العلاقة ما بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبي فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة أكيدة ما بين محركات التشخيص الوسواسي القهري، ومحركات تشخيص زيادة الشهية العصبي. فعلى سبيل المثال وجد تامبلر وزملاؤه في دراسة لهم ضمت (٥١) مريضاً مصابون باضطراب الشهية العصبي، وجدوا أن ٢٣٪ منهم تنطبق عليهم الحركات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري. (Templer, et. Al, 1993)

حيث تسيطر على المريض (بالشره) أنه قد (أسرف) في تناول كميات تفوق إحتياجات جسمه، ولذا فإنه يقوم بالعديد من السلوكيات القهرية في محاولة (لعدم إستفادة الجسم من الطعام) بدايةً من التقيؤ المتعمد (بعد تناول الأكل على الأقل بساعة)، مع أخذ العديد من المليينات... إلخ.

(Formea & Burns, 1995)

### ثالثاً: اضطرابات الطعام والمخاوف المرضية (الفوبيا):

حيث وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة ما بين المحكات التشخيصية لاضطرابات الطعام وبين محكات تشخيص الفوبيا. فعلى سبيل المثال وجدت العديد من الدراسات وجود المحكات التشخيصية لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي مع المحكات التشخيصية لاضطراب الفوبيا؛ ذلك لأن الاضطراب في الفوبيا يعني الخوف غير المنطقي من موضوع معين (والموضوع هنا هو الطعام وتأثيره على الجسم)، ولذا لا مانع في أن يتناول كميات كبيرة من الطعام (حفلات الإلتهام) في القيام بسلوكيات تهدد (تقليل فاعلية وقيمة) السعرات الحرارية لما تناوله من طعام خوفاً من أشياء كثيرة سواء أكانت شعورية أو لا شعورية لدى المريض. (Spizer, et, al, 1998)

### رابعاً: اضطرابات الطعام والهستيريا:

حيث وجدت العديد من الملاحظات (والتي تمتد إلى وقت مبكر وتحديداً في عام ١٨٩٥) إلى إدراك طبيعة العلاقة ما بين اضطرابات الطعام (بشقيها الفقدان والشره)، وبين اضطراب الهستيريا؛ حيث يرتبط فقدان الشهية العصبي كمثال بفقدان الشعور بالجوع والخدر والطعم الغريب في الفم واللسان والحلق، والنشاط الزائد دون شعور بالتعب؛ مما يشير إلى وجود تداخل ما بين



اضطراب فقدان الشهية والهستيريا ليس فقط في المحركات التشخيصية، بل في العديد من الخصائص والسمات الشخصية مثل: -

- عدم النضج الإنفعالي.
- الإنبساط.
- الإجتماعية وحب الاختلاط.
- القابلية المرتفعة للإيحاء.
- عدم التحكم في الإنفعالات.
- القلق والتوتر.
- الأنانية وحب الذات.
- محاولة جذب إنتباه الآخرين.
- إنفصال الشخصية.
- التصرفات الغريبة.
- الإغماء أو الفيبوية.
- الفتيان أو القيء.
- فقدان الشهية العصبي.
- المشي أثناء النوم.
- الحمل الكاذب. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ص ١١٠ - ١١٢)

#### خامساً: اضطرابات الطعام والفصام:

هناك علاقة تداخل ما بين اضطرابات الطعام والفصام؛ حيث إفترض الباحثين - في وقت مبكر - أن فقدان الشهية العصبي - كمثال - شكل من أشكال الفصام، أو أن الاضطرابين يرتبطان معاً، وكان هذا الإفتراض

ينهض على فكرة أو مسلمة أساسها: أن المرضى الذهانيين بصفة عامة تنتشر بينهم الضلالات أو الهذات، والتي قد تدور حول الطعام (بداية من أنه مسموم أو سوف يدمر خلايا الجسم إلى فكرة أن الطعام هام جداً لحمايته من الأعداء)... ولذا فإن الضلالات ومحتواها لدى مرضى الزهان بصفة عامة، والفصام (بكافة تشخيصاته بصفة خاصة) يدور حول الطعام سواء أكان ذلك يؤدي إلى الإمتناع عن تناول الطعام إلى الدرجة التي تستدعي التدخل العلاجي لذلك، وإرغام المريض على تناول الطعام إبقاءً على حياته، أو الشره للطعام إلى درجة تفوق قدراته وإمكانياته وإحتياجاته الجسمية. (Da Costa & Halmi, 1992)

وهكذا تتداخل محركات تشخيص اضطرابات الأكل والعديد من محركات تشخيص بعض الاضطرابات النفسية والعقلية.

### أسباب اضطرابات الأكل:

تعددت الإجتهدات والتفسيرات حول هذا الأمر يمكن حصر هذه الإجتهدات في العوامل والأسباب الآتية: -

أولاً: العوامل الوراثية والعضوية؛ وقد تم دراسة هذا الجانب من خلال طرق متعددة مثل: دراسات التوائم، والأقارب المقربين للمرضى بالمقارنة بالجمهور العام، وكذا الأخوة (سواء أكانت ضوية أم غير ذلك). وذلك لإثبات مدى تأثير الوراثة في أفراد يفترض أنهم يشتركون تقريباً في نفس الخصائص الوراثية.

وقد توصلت هذه الدراسات إلى المؤشرات الآتية: -

- أن مرضى فقدات الشهية العصبي - كمثال - ينتشر بمقدار ثماني مرات بين الأقارب المقربين للمرضى بالمقارنة إلى الجمهور العام.

• أن أخوات المرضى الذين إشتد لديهم فقدان الشهية العصبي نسبتهم من ٦ - ١٠٪ كانوا يعانون من هذه الحالة، وتقابل هذه النسبة نسبة ١ - ٢٪ الموجودة في الجمهور العام في العمر نفسه؛ إلا أن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلى بيئة الأسرة أو إلى تأثيرات التوائم.

• أثبتت دراسات التوائم - كمثال - صحة تأثير عامل الوراثة، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود عامل وراثي يكمن وراء اضطراب فقدان الشهية العصبي. ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجي (في وظائف أعضاء الجسم) المسئول عن هذا العامل الوراثي.

• أثبتت الأبحاث وجود اضطراب أولي لوظيفة ما تحت المهاد، إضافةً إلى وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية، وكذا في الغدد وعمليات الإيض، ونواحي شذوذ كيميائية عصبية عديدة لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي.

لكن القضية التي تواجه العلماء في هذا الجانب هو كيفية عزل أو معرفة تأثير العامل الوراثي في حد ذاته غير متداخل على تأثير العامل البيئي.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ١٢٩ - ١٣٢)

- عدم ممارسة التمرينات الرياضية. (زينب شقير ٢٠٠٤، ص ٢٤)
- أما عن العوامل النفسية فكثيرة مثل الخوف (من شيء محدد أو غير محدد)، أو الشعور بالإحباط، أو الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (تجاه فرداً ما من الأسرة أو خارجها)، إضافةً إلى الإنشغال الزائد بصورة الجسم والجوف من أن يصبح الفرد بديئاً، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلي، والضغط الاجتماعي نحو النحافة، وزيادة الحساسية نحو كيف يدرك الآخرون المصابين بالشره العصبي.

• كما أن بعض المحللين النفسيين قد فسروا اضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الناس الذين يخافون الجنس، والذين يعادلون رمزياً بين الجنس والأكل، وأن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل، ويحدث الأكل بشراسة حين لا تستطيع الحفيزات الجنسية المكبوتة أن تبعد عن نفسها. (أولتماز وآخرون، ٢٠٠٠، ص ص ٣٦٥ - ٣٦٦)

• ولعل (هيلدا بروش) رائدة في مجال اضطرابات الأكل وعلاجها قد وصفت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الاضطراب؛ حيث فسرت هذا الاضطراب عند مريض فقدان الشهية العصبي بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص في مفهوم الذات، الخوف من الخواء، أو السواء الداخلي، إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع، أو الإدراك الخاطئ للكثير من الوقائع.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ١٣٨ - ١٣٩)

ثانياً: الأسباب النفسية والاجتماعية: تتعدد هذه العوامل مثل:

- الحث الإعلامي في العديد من الحضارات (خاصة الحضارة الغربية) على ضرورة النحافة والرشاقة، (وهذا يؤكد دور العوامل الاجتماعية).
- أن المستوى الاجتماعي والظروف البيئية والاقتصادية تلعب دوراً هاماً في إصابة الشخص بفقدان الشهية العصبي (أو البدانة) حيث تلعب الأموال ووفرته دوراً في ذلك (أي في شراء الأطعمة وبكميات).

(Martin. et al. 1993, pp. 76 - 92)

- إضافة إلى العديد من العادات السلوكية والجسمية غير الصحيحة مثل: -
- هناك بعض الحالات التي تعاني من عسر في عملية البلع (حتى وإن كان عسر البلع يأخذ طابعاً نفسياً).

- أن المصابين باضطرابات في القدرة على الحركة، وكذلك ذوي الإعاقات المختلف قد يصابون باضطرابات في الأكل.
- كثرة الولائم وتكرار تناول الأكل بدون نظام متبع في الأسرة.
- التشويق والإغراء بتناول الأكل أو بالإعراض عنه.
- جعل تناول الأكل مكافأة لسلوك معين يصدر عن الفرد.
- استخدام وسائل التسلية والمشروبات بين الوجبات الأساسية قد تزيد من رغبة الأكل، وقد تقلل منها بشكل زائد.
- عدم وجود رقابة ومتابعة للأطفال من قبل الوالدين.
- كثرة حضور الحفلات والأفراح التي يكثر فيها تناول الأكل.
- إعطاء الحرية للطفل لتناول ما يريد من طعام في أي وقت.
- تناول أدوية وملينات.

### علاج اضطرابات الأكل:

توجد العديد من الإجهادات العلاجية في هذا الصدد مثل:

#### أولاً: العلاج بالعقاقير:

في علاج فقدان الشهية العصبي نستخدم العديد من العقاقير حيث يفضل البعض استخدام دواء الكلوربرومازين Chlorpromazine؛ فإن آخرين يفضلون مضادات الاكتئاب، كما يجب مراعاة أن تعطي جرعات مخفضة ابتداءً نظراً لانخفاض المفرد في وزن المريض.

كما يمكن أن يتم اللجوء إلى التغذية عن طريق الأنبوب، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعرة حرارية يومياً، وذلك بواسطة أنبوب

أنني معدي ضيق محدثاً قدرًا أقل من المشقة مقارنةً بالرعب الناتج عن التغذية الأنبوبية التي كانت تستخدم في الماضي.

(جيمس ويليس، جون ماركس، ١٩٩٩، ٢٢٤ - ٢٢٥)

كما تقتضي بعض العلامات إدخال المريض (خاصةً مريض فقدان الشهية العصبي) المستشفى إذا توافر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات: -

- ١- فقدان الوزن أكثر من ٣٠٪ لمدة تزيد على ثلاثة أشهر.
- ٢- بطء القلب Bradycardia ( نبض أقل من ٤٠ / دقيقة).
- ٣- درجة حرارة أقل من ٣٦ درجة (مستجيراد).
- ٤- انخفاض ضغط الدم Hypotension (ضغط دم إنقباضي أقل من ٧٠)
- ٥- نسبة البوتاسيوم في الدم أقل من ٢.٥.
- ٦- إكتئاب حاد.
- ٧- إسهال شديد.
- ٨- الفشل في تنفيذ إتفاق الإحتفاظ بالوزن في العيادة الخارجية:
- ٩- تشخيص فارق معتمد.
- ١٠- الذهان والمرض العقلي.
- ١١- حدوث كارثة أسرية.
- ١٢- ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأمرة للحالة برغم تدهورها.
- ١٣- ضرورة البدء في علاج فردي أو أسري بالأدوية تحت إشراف مستمر.
- ١٤- زيادة إحتمال حدوث الإنتحار. (أحمد عبد الخالق ١٩٩٧، ١٦٥ - ١٦٦)

## المراجع

أولاً: المراجع العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية.





## المرأة واضطرابات النفسية والعقلية

### المراجع

#### أولاً: المراجع العربية

- ١- أحمد عبد الخالق (١٩٩٧): فقدان الشهية العصبي، الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، إدارة التأليف والترجمة والنشر.
- ٢- أحمد عبد الخالق، مایسة النیال (١٩٩٢): إضطرابات النوم وعلاقتها بكل من القلق والإكتئاب والوسواس، القاهرة، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس في مصر، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٣٣ - ٤٩.
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٤): الدراسة التطويرية للقلق، حوليات كلية الآداب، الكويت، الحولية الرابعة عشرة.
- ٤- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٨): الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت، الكويت، مطبوعات جامعة الكويت.
- ٥- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢): الوسواس القهري - التشخيص والعلاج، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
- ٦- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٥): سيكولوجية الموت والإحتضار، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
- ٧- أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ٨- أولتمانز نیل، دافیسون (٢٠٠٠): دراسات حالة في علم النفس المرضي، ترجمة: رزق سند، تقديم: لويس مليكة، القاهرة، دار حكيم للطباعة.

- ٩- أكرم زيدان (٢٠٠٥): سيكولوجية المقامر: التشخيص والتنبؤ والعلاج، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٣١٣)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ١٠- ألكسندر يوريلي (١٩٩٢): أسرار النوم، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٦٣)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ١١- آمال عبد السميع أباطة (١٩٩٨): الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٢- ب. دى. سيفيا (٢٠٠٠) فحص الوسواس والأفعال القهرية في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليند زاي، ج. بول، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ٥٧ - ٨٠.
- ١٣- تيموتي براون، تريس أوليري، ديفيد بارلو (٢٠٠٢). اضطراب القلق المجمع في كتاب: مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية - دليل علمي تفصيلي أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ٣٣٣ - ٤٦٨.
- ١٤- تينرنس ديلسون، كاثلين بايك (٢٠٠٢): اضطرابات الأكل، ترجمة حصة عبد الرحمن الناصر في كتاب: مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي، تحرير: ديفيد بارلر، أرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ٦٥٩ - ٧٤٨.
- ١٥- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٦- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية - مراجعة نقدية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- ١٧- جيميس ويليس، جون ماركس (١٤٢٠هـ): الطب النفسي المبسط، ترجمة طارق بن على الحبيب، السعودية، جامعة الملك سعود، النشر العلمي والمطابع.
- ١٨- جين وارول (٢٠٠٠): فحص اضطرابات الأكل والوزن في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندزاي، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص ص ٢٩٥ - ٦١٨.
- ١٩- حاد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب، الطبعة الثالثة.
- ٢٠- حسين عبد القادر (١٩٩٣): تعريف مصطلح المخاوف في: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، إشراف فرج طه، القاهرة، دار سعاد الصباح.
- ٢١- ديفيد ريجزا إدنافوا (٢٠٠٢): اضطراب الوسواس القهري في كتاب: مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٢- ديفيد شيهان (١٩٨٨): مرضى القلق، ترجمة عزت شعلان، مراجعة أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٢٤)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٢٣- ديفيد للمسلي (٢٠٠٠): فحص الفصام في كتاب مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندزاي، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٢٤١ - ٢٥٨.
- ٢٤- رافيت عسكر (١٩٩٠): مدى فاعلية اختبار تفهم الموضوع في الكشف عن المؤشرات الأوديسية لدى المصابين بالمخاوف المرضية - دراسة إكلينيكية، ماجستير غير منشورة، آداب الزقازيق.

- ٢٥- سيلفانو أريتي (١٩٩١): القصاصي، كيف تفهمه وتساعد، ترجمة عاطف أحمد، الكويت، عالم المعرفة، العدد (١٥٦)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٢٦- شيري بيرس، جوي مايز (٢٠٠٠): المفاجي النفسية لتدبر الألم المزمين في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندزاي، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص ص ٧٣٧ - ٧٥٦.
- ٢٧- شيري بيرس، جوي مايز (٢٠٠٠): فحص الألم المزمين في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندزاي، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٧١٧ - ٧٣٦.
- ٢٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) الإكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٣٣٩)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٢٩- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): العلاج النفسي السلوكي المعرف الحديث - أساليبه ومبادئ تطبيقه، القاهرة، غير مبين مكان النشر، الطبعة الثانية.
- ٣٠- عمر شاهين، يحيى الرخاوي (١٩٧٧): مبادئ الأمراض النفسية، القاهرة، مكتبة النصر الحديثة، الطبعة الثالثة.
- ٣١- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٢): مقاييس نيك للإكتئاب، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الثانية.
- ٣٢- فرج طه (١٩٧٩): الشخصية ومبادئ علم النفس، القاهرة، مكتبة الخانجي.
- ٣٣- فرج طه، حسين عبد القادر، شاكركنديل، مصطفى كامل (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، دار سعاد الصباح.

- ٣٤- كارلين كالهون، باتريشا ريسك (٢٠٠٢): اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. في كتاب: مرجع إكلينكي في الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي ترجمة أحمد تركي، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ٢٢٧ - ٣٣٢.
- ٣٥- كولز (١٩٩٢): المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينكي، ترجمة: عبد الففار الدماطي ماجدة حامد، حسن على حسن، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- ٣٦- ليندساي، جاهنشاوي (٢٠٠٠): فحص اضطراب النوم في مرجع في علم النفس الإكلينكي للراشدين، تحرير س. ليندزاي، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص ٦٨٣ - ٦٩٨.
- ٣٧- مارثا لينهان، كوتستس كيهزر (٢٠٠٢): اضطراب الشخصية البنية في كتاب مرجع إكلينكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، تحرير ديفيد بارلو، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، لقاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ٩٥٣ - ١٠٥٤.
- ٣٨- مايكل كراسك، ديفيد بارلو (٢٠٠٢): اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة في كتاب: مرجع إكلينكي في الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج، أشرف على الترجمة والمراجع: صفوت فرج، القاهرة، مكتب الأنجلو المصرية، ص ١١٢ - ١١٣.
- ٣٩- محمد حسن غانم (٢٠٠١): حياتك بلا خوف، كتاب اليوم الطبي، القاهرة، مؤسسة أخبار اليوم.
- ٤٠- محمد حسن غانم (٢٠٠٢): مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق المبرج والإكتئاب، مجلة: دراسة عربية في علم النفس، القاهرة، المجلد الأول، العدد الرابع، ص ٦٥ - ١١٩.

- ٤١- محمد حسن غانم (٢٠٠٥): مقدمة في علم النفس المرضي، الإسكندرية، المكتبة المصرية.
- ٤٢- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- ٤٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): إستيبيان مشكلات النوم، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
- ٤٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٥- محمد حسن غانم وآخرون (٢٠٠٣): أسس علم النفس العام، القاهرة، دار الاتحاد للنشر والتوزيع.
- ٤٦- محمد حسن غانم، مجدي زنبه (٢٠٠٥): اضطرابات الشخصية لدى فئات غير كلينكية مصرية، مركز الدراسات النفسية، جامعة القاهرة، الحولة الثانية، أبريل.
- ٤٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٩) كيف تهزم الضغوط النفسية، كتاب اليوم الطبي، مؤسسة الأخبار.
- ٤٨- محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال - الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية.
- ٤٩- محمود حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة، الناشر المؤلف.
- ٥٠- مصطفى زيور (١٩٧٥): مصطلح ذهان في معجم العلوم الاجتماعية، تصدير ومراجعة إبراهيم مذكور، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ٥١- نوال السعداوي (١٩٧٧): المرأة والجنس، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- ٥٢- نوال السعداوي (١٩٨٤): المرأة والصراع النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- ٥٣- وائل أبو هندي (٢٠٠٣): الوسواس القهري، من منظور عربي - إسلامي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، العدد (٢٩٣): المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- 54- Altshuler. L., cohen., Moline. M. et al. (2001). Expert Consensus guidelines for treatment of sleep disorders in women: A new treatment tool. Journal of economics od neuroscience. Vol (3) pp. 48 – 61.
- 55- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC.
- 56- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic (3<sup>rd</sup>.ed. rev.) Washington, DC.
- 57- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC.
- 58- American Psychiatric association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup>.ed. Washington. Dc.
- 59- American Psychiatric association (2000) Diagnostic and statistical manual review of mental disorders, Washington, DC.
- 60- Craske. M. (1999). Anxiety Disorders – Psychological Approaches to theory and treatment, London, West view press.
- 61- Daniels, L., & Seurfield, R., (1994) War – related – traumatic stress disorder: Chemical addictions and – non – chemical habituating behaviors in M. B. Williams & J. F. Sommer, J. (Eds) handbook of post – traumatic therapy, London: Green wood press. pp. 205 – 217.
- 62- Davison, G & Neale, J. (1994). Abnormal psychology , 6<sup>th</sup> ed., New York, Johnwiley & Sonsmic.
- 63- Derksen, J. (1995). Personality disorders: clinical & social perspectives. Shon & Sons ltd, England.
- 64- Ellis, A & Dryden. W (a987): The Practice os national – emotive therapy. New York: Springer.
- 65- Ellison, J., & Shader, R. (1994). The Pharmacologic treatment of personality disorders: A Dimensional approach in. Richard. L Shader (1994): Manual of psychiatric the erapeutic, 2<sup>nd</sup> Ed., Little Brown & company, Boston, hic.
- 66- Foa, E., & Charnbless. D., (1982). Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. Behavior research, Vol (45) pp. 177 – 185.
- 67- Harold, Kaplan., Benjamin, Sadock. (1996) pocket handbook of clirical psychiatry , London. Williams & Wilkins. 2 ed.

- 68- Ingram, R (1994). Depression, in. v. Ramachndram (Ed). Encyclopedia of human behavior. Vol, 2, p: 113, New York., Academic press.
- 69- Kaplan, H. & SAdock, B. (1996): pocket handbook of clinical psychiatry , London, Williams & Wilkins, second edition .
- 70- Kaplan, H. & SAdock, B. (1996): pocket handbook of clinical psychiatry , London, Williams & Wilkins, second edition .
- 71- Kaplan, H., & Sadock, B. (1991). Synopsis of psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 6<sup>th</sup>.ed.
- 72- Karon. M., Golding. J., Sorensen, s., & Burnam, A. (1988). The Epidemiology of OCD hi five U.S. Communities. Archives of General Psychiatry, vol (45). pp. 1094 – 1099.
- 73- Kendler, k, Neale. M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1992) Generalized anxiety disorder in women: A population – based twin study. Archives of General Psychiatry, vol (49), pp. 267 – 272.
- 74- Kessler, R., MCGonagle, K., zako,s., Nelson, C.Hughes, et al (1994). Lifetime and 12 – month prevalence of DSM – III R, psychiatric disorder in the unites states. Archives od General Psychiatry , 51, pp. 8 – 10.
- 75- Kilpatric, D. (1987) Rapevietime: Detection assessment and treatment clinical psychologist, vol (36). pp. 92 – 95.
- 76- Kyrison, H., Bhar, s., & Wad, D., (1996). The assessment of obsessive – compulsive phenomena: psychometric and normative data on the Padua inventory from an Australian non – clinical student sample. Behavior Research & therapy, vol (34) pp. 85 – 95.
- 77- Leckman, J. (1993): Tourette's sundrome.im Hollander. E (Ed.), obsessive – Compulsive – related disorders. Washington, DC: American psychiatric press.
- 78- Martin, D., Turner, C., & Lang, B. (1993). Clinical Laboratory aspects of eating disorders. In Giannini, A. & Slaby, A (Eds). The eating disorders, New York: Springer – Verlage.
- 79- Mayers. J., Weissman, M., tischey, c., Holzer, c., orvaschel, H., and et al (1984). Six – month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General psychiatry, vol (41) pp. 959 – 961.



- 80- Mitchell, J., & Everly, G. (1995). Critical incident Stress debriefing CISD: An operations Manual For Prevention of Traumatic Stress among emergency service and disaster workers. Ellicott City. Chevion publishing corporation, 2<sup>nd</sup> ed.
- 81- Nevid, J., Rathus, s. & Greene, B. (1997), Abnormal psychology hia changing world. New Jersey: Prentic Hall . 3<sup>rd</sup> . ed.
- 82- Sarorius. N. (1993) . Who's work on the epidemiology of mental disorders, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, pp: 147 – 155.
- 83- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., FirstM, (1990) user's Guide for the structured clinical interview for DSM – III – R, American psychiatric press. inc, Washington, pp: 174 – 212.
- 84- Swedo, S. (1993). Trichotillo Mania. Im. Hollander E (Ed.), obsessive – Compulsive – related disorders. Washington, DC: American psychiatric press.
- 85- Vitousek, K & Mank., F (1994). Personality Variables and disorders in anorexia and bulimia nervosa, Journal of Abnormal psychology, vol. 103, No.1, pp: 137 – 147.
- 86- Weissman, M, (1985). The epidemiology of Anxiety disorder: Rates, risks, and Familial patterns in A.H. Tuma & J. D. Maser (Eds), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 87- Widger. T. & Frances. A (1989). Epidemiology diagnosis and co morbidity of borderline personality disorders in A. Tasman; R. Hales & A. Frances (Eds). American Psychiatric press. Review of psychiatry. Vol 8, pp: 8 – 24, Washington, DC. American Psychiatry press.
- 88- World health organization (1992). The ICD: 10 classification of mental and behavioral disorders, clinical description and diagnostic guideline, Geneva.
- 89- World health organization (1992). The ICDilo classification of mental and behavioral disorders, clinical description and diagnostic guideline, Geneva.





مصطابع الدار الهندسيه

موبيل: ٠١٢٢٣١٩٠١١ تيلكس: ٢٩٧٠٣٧٦٦





## صدر أيضًا للنشر

في مجال علم النفس

د. سليمان عبد الواحد

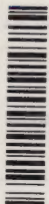
أ.د. محمد حسن غانم

أ.د. محمد حسن غانم

د. حسام أحمد محمد

د. سحر زيدان

Bibliotheca Alexandrina



0963103

د  
د  
د

• العلاج المعرفي السلوكي للسمنة (دليل للمعالجين)

• العلاج المعرفي للضلالات والاصوات وجنون الاضطهاد

• سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

• سيكولوجية الطفل الأصم

• الطفل التوحدي

• مدخل إلى سيكولوجية المرأة

• مقدمة في سيكولوجية التفكير

• المهارات الحياتية

## إبتراك للطباعة والنشر والتوزيع

١٢ شارع حسين كامل سليم - أمانة - مصر الجديدة - القاهرة  
ت : ٢٤١٧٢٧٤٩ - فاكس : ٢٤١٧٢٧٤٩ - ص ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدي ١١٧٧١

Website: www.etracpublishing.com

E-mail: etraccom@gmail.com